XXIe CONGRÈS

des

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

COMPTES RENDUS

XXIe CONGRÈS

des

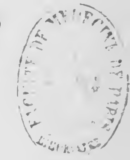
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Amiens, 1er au 6 Août 1911

COMPTES RENDUS



publiés par le

Dr René CHARON

(D'AMIENS)

Secrétaire général



AMIENS

Imprimerie du Progrès de la Somme

18, Rue Alphonse-Paillat, 18

PARIS

G. Masson & Cie, Éditeurs

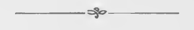
120, Boulevard St-Germain, 120

1911



I

PRÉLIMINAIRES



BUREAU DU CONGRÈS



Présidents d'honneur :

M. LE PRÉFET de la Somme.
M. LE PRÉSIDENT du Conseil général de la Somme.
M. LE MAIRE de la Ville d'Amiens.
M. l'Inspecteur général GRANIER.

Président :

M. le Dr DENY, médecin de la Salpêtrière,

Vice-Président :

M. le Dr MABILLE, directeur-médecin en chef de l'asile de la Rochelle.

Secrétaire-général :

M. le Dr CHARON, directeur-médecin en chef de l'asile de Dury-lès-Amiens.

Secrétaire des Séances :

M. le Dr TISSOT, médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens.
M. le Dr HAURY, médecin major de 1re classe.
M. le Dr DADAY, médecin de l'asile de Privas.
M. le Dr COURBON, médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens.

DÉLÉGUÉS DES MINISTÈRES
et des Sociétés Savantes

Ministère de l'Intérieur : M. l'Inspecteur général Granier.

Ministère de la Guerre : M. Jude, médecin major de 1re classe.

Ministère de la Marine : M. Madon, médecin de 1re classe.

Société de Neurologie de Paris : MM. Dupré et Henry Meige.

Société de Médecine légale de France : MM. Vallon, Granjux et Simonin.

Société Médico-psychologique : MM. Klippel, Lwoff et Semélaigne.

Société de Psychiâtrie de Paris : MM. Vallon, Arnaud et Dupré.

Société clinique de Médecine mentale : MM. Lwoff, Picqué et Fillassier.

Société de Psychothérapie Hypnologie et Psychologie : M. Paul Farez.

Société de Médecine du Département du Nord : MM. Lambret, Ingelrans et Raviart.

Association internationale de Perfectionnement scientifique et d'Enseignement médical complémentaire : M. Fillassier.

Société belge de Neurologie : M. Crocq.

Société de Médecine mentale de Belgique : M. Deroubaix.

Societé médicale de Picardie : MM. Dessirier, Braillon, Musin et Desmarquet.

MEMBRES ADHÉRENTS

MM.

Dr Abadie, Professeur agrégé, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux.
Dr Adam, Directeur-médecin de l'Asile Saint-Georges, Bourg.
Dr Aimé (Henri), 1, place Stanislas, Nancy.
Dr Alaize, Médecin adjoint de l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Dr Ameline, Direct.-méd., de la Colonie fam. de Chezal-Benoit (Cher).
Dr Amselle, 8, passage Prioux, Epernay.
Dr Andrieu, 45, rue de la Grosse-Horloge, Agen.
Dr Antheaume, 6, rue Scheffer, Paris.
Dr Arman, Médecin en chef de l'asile d'Oviedo (Espagne).
Dr Arnaud, Direct.-médec. de la maison de santé de Vanves (Seine).
Dr Arsimoles, Médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (P.-de-C.).
Dr Aubry, Médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Saint-Lô.
Dr Audemard, Inspect. des maisons de santé, 243, av. de Saxe, Lyon.
Dr Ballet (Gilbert), Prof. à la Fac. de méd., 30, r. du Gén. Foy, Paris.
Dr Baruk, Direct. méd. de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Becue, Médecin en chef de l'asile de Montpellier.
Dr Beesau, Médecin en chef de l'asile du Sacré-Cœur, Ypres (Belgique).
Dr Bellat, Direct.-méd. de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Bels (Georges), Etudiant en médecine, Bailleul (Nord).
Dr Bériel, Médecin, 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon.
Dr Bertoye, Médecin, Villeurbanne (Rhône).
Beylard (Daniel), Arch. du Gouvernem., 5, faub. S.t-Jacques, Paris.
Dr Binet-Sanglé, 131, boulevard de Grenelle, Paris.
Dr Blondel, 16 *bis*, boulevard Morland, Paris.
Dr Boiteux, Médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).
Dr Bories, Médecin, Le Cannet-de-Cannes (Alpes-Maritimes).
Dr Boudrie, Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
Dr Bour (Louis), Directeur du Sanatorium de Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Boussavit, Professeur à l'Ecole de Médecine, Amiens.
Dr Briche, Médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord).
Dr Briand (Marcel), Médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).
Dr Brohan, Médecin, 28, boulevard d'Alsace-Lorraine, Amiens.
Dr Bronislawski, Rédacteur en chef de la *Revue générale de Médecine*, 4, place Clichy. Paris.

MM.

Dr Camus (Paul), 55, quai de Bourbon, Paris.

Dr Carrier (Georges), Médec. en ch. de l'asile St-Jean-de-Dieu, Lyon.

Dr Chailly, Médecin aide-major de 1re classe, Amiens.

Dr Chardon, Médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord).

Dr Charon, Directeur-médecin de l'asile de Dury-lès-Amiens.

Charpentier (Clément), Avocat, secrétaire de la Société générale des Prisons, 6, rue Ernest-Cresson, Paris.

Dr Charpentier (René), Directeur médecin de la maison d'hydrothérapie du Parc de Neuilly-sur-Seine.

Dr Charuel, Directeur médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne.

Dr Chaumier, Directeur de la maison de santé de Champ vert, Lyon.

Dr Chevalier-Lavaure, Directeur médecin de l'asile d'Auch.

Dr Chocreaux, Médecin en chef de l'asile de Lommelet, Lille.

Dr Claude, Prof. ag,. médec. des hôpit., 11 *bis*. rue du Cirque, Paris.

Collin, Interne des hôpitaux, 4, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Dr Conill, Médecin, rue Genova, 67, Barcelone (Espagne).

Dr Corcket, Médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Caen.

Correch (Albert), Conseiller à la Cour d'appel, Pau.

Dr Courbon (Paul), Médecin adjoint à l'asile de Dury-lès-Amiens.

Cossé-Brissac (Mlle de), Le Fayet, par Cauly (Oise).

Dr Courtellemont, Professeur à l'Ecole de médecine, Amiens.

Dr Crocq, Médec. en chef de l'asile d'Uccle, 62, r. Joseph II, Bruxelles.

Dr Croustel, Directeur médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan).

Dr Crouzon, 12, rue du Commandant Rivière, Paris.

Dr Cruchet, Professeur agrégé, 31, rue Ferrère, Bordeaux.

Dr Cruet, Médecin, 4, rue Payenne, Paris.

Dr Cullerre, Dir. méd. hon. des asiles, 27, r. d. Strasbourg, Nantes.

Dr Daday, Médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, Privas.

Dr Damaye, Médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

Dr Delmas, Chef de clinique des maladies mentales, Ivry-sur-Seine.

Dr Demandre, Direct. du Service de santé milit. en retraite, Amiens.

Dr Deny, Médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière, Paris.

Dr Dessirier, Médecin des Hôpitaux, Amiens.

Dr Deroitte, Médecin, 192, avenue Albert, Bruxelles.

Dr Deroubaix, Médec. en ch. de l'asile de Froidmont, Tournai (Belg.).

Dr Desmarquet, Médecin, rue Saint-Fuscien, 43, Amiens.

Dr Desruelles, Interne de l'asile d'Armentières (Nord).

Dr Devaux, Médecin de la maison de santé du Parc de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr Devay, Méd. en ch. de la mais. de santé de St-Jean-de-Dieu, Lyon.

Dr Dewèvre, Directeur de l'Institut médical de Petite-Synthe (Nord).

MM.

Dr Dide, Directeur-médecin de l'asile Bracqueville, Toulouse
Dr Dierych, Médecin adj. de l'asile du Sacré-Cœur, Ypres (Belgique).
Dr Doutrebente, Directeur-médecin honoraire des asiles, Tours.
Dr Dubois, Médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.
Dr Duchateau, Médecin principal de l'asile Caritas, Melle (Belgique).
Dr Dubuisson, Directeur-médecin honoraire des asiles, Figeac.
Dr Dupain, Médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Dr Dupouy, Médec. adj. de la maison nation. de St-Maurice (Seine).
Dr Dupré, Professeur agrégé, 17, rue Ballu, Paris.
Dr Esquerdo y Saez, 12, Juan de Mena, Madrid.
Dr Famenne, Direct.-méd. de l'Institut méd. de Florenville (Belgique).
Dr Farez (Paul), 154, boulevard Haussmann, Paris.
Dr Faure, Médecin, 87, cours Henri, Lyon.
Dr Filassier, 3, rue Edouard-Detaille, Paris.
Dr Fortineau, Directeur-médecin de la maison de santé de Nantes.
Fournier (Lucien), Président de chambre honoraire, Amiens.
Dr Fournier, Directeur de l'Ecole de médecine, Amiens.
Dr Francotte, Professeur à l'Université, Liège (Belgique).
Dr Garnier, Directeur-médecin de l'asile de Dijon.
Dr Gelma, Médecin adjoint de l'asile de Maréville, Nancy.
Dr Granjux, 18, rue Bonaparte, Paris.
Granier, Inspect. génér. au Ministère de l'Intér., 47, r. Boileau, Paris.
Dr Grasset, Professeur à la Faculté de médecine, Montpellier.
Dr Greco (P. del), Directeur-médecin du Manicome de Côme (Italie).
Dr Grégoire, Maire de Tergnier (Aisne).
Dr Greidenberg, Privat-Docent à l'Université de Kharkow.
Dr Halberstadt, Médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (P.-de-C.).
Dr Hamel, Direct. méd. de l'asile de Quatre-Mars, Sotteville-l.-Rouen.
Dr Hartenberg, 64, rue de Monceau, Paris.
Dr Haury, Médecin major de 1re classe, Châlons-sur-Marne.
Dr Henry, Médecin, Montdidier (Somme).
Dr Hercouet, Direct.-méd. de la mais. de santé de St-Mandé (Seine).
Dr Hugonin, Direct.-méd. de la mais de santé, 90, r. de Picpus, Paris.
Dr Hurtrel, Médecin, Amiens.
Dr Janet (Pierre), Profess. au Coll. de France, 54, r. d. Varenne. Paris.
Dr Jacquin, Médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, Bourg.
Dr Jude, Médecin-major de 1re cl. à l'Ecole de santé militaire, Lyon.
Dr Klippel, Médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle, Paris.
Dr Kahn, chef de clinique adjoint, 11, rue Boissière, Paris.
Dr Labarrière, Professeur à l'Ecole de médecine, Amiens.
Dr Ladame, 5, rond-point de Plainpalais, Genève.

MM.

Dr Lagrange, Médecin en chef du service des aliénés, Poitiers.

Dr Lagriffe, Directeur-médecin de l'asile d'Auxerre.

Dr Lalanne, Médecin en chef de l'asile de Maréville, Nancy.

Dr Lalanne (G.), Directeur-médecin de la maison de santé du Castel-d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).

Dr Laignel-Lavastine, Prof. ag., méd. d. hop., 45, r. d. Rome, Paris.

Dr Lallemant, Direct.-méd. de l'asile St-Yon, Sotteville-l.-Rouen.

Dr Lannois, Professeur à la Faculté de médecine, 14, rue Emile-Zola, Lyon.

Dr Larrivé, Directeur-médecin de la maison de santé, Meyzieu (Isère).

Dr Lassabliere, Chef de laboratoire, 11. rue Valentin-Haüy, Paris.

Dr Laurent (A.), 11, rue Beauvoisine, Rouen.

Dr Legras, Médecin en chef de l'Infirmerie du Dépôt, 34, rue des Petits-Hôtels, Paris.

Dr Lesage, Médecin des hôpitaux, 226, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr Léri (André), Professeur agrégé, 38, avenue Hoche, Paris.

Dr Lévy (P.-E.), Médecin, 15, rue de Prony, Paris.

Dr LeRoy des Barres, Médecin de la maison de santé, Epinay (Seine).

Dr Le Cuziat, Médecin en chef de l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord).

Dr Lépine (Jean), Professeur agrégé, 1, rue Gailleton, Lyon.

Dr Ley, Professeur agrégé, médecin du Sanatorium de Fort-Jaco, Uccle (Bruxelles).

Dr Libert, Interne des asiles, 13, avenue de Saint-Mandé, Paris.

Dr Long, Médecin, 6, rue Constantin, Genève.

Dr Lourerio, Directeur de l'hospice des aliénés, Pernambuco (Brésil).

Dr Lwoff, Médecin en chef de l'asile Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Mabille, Directeur-médecin de l'asile Lafond, La Rochelle.

Dr Madon, Médecin de 1re classe de la marine, 70, boulevard de Strasbourg, Toulon.

Dr Magnan, Médec. en chef de l'asile clin. Ste Anne, 1, r. Cabanis, Paris.

Dr Maillard, Médecin adjoint de la Salpétrière, 75, rue Houdan, Sceaux (Seine).

Dr Maillet, Médecin, 22, chaussée Périgord, Amiens.

Dr Maupaté, Médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord).

Dr Meilhon, Directeur-médecin de l'asile de Quimper (Finistère).

Dr Mercier, Directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

Dr Merle, Médecin, 6, boulevard de Belfort, Amiens.

Dr Mendelssohn, 49, rue de Courcelles, Paris.

Dr Mézie, Médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

Dr Meige (Henry), 10, rue de Seine, Paris.

MM.

Dr Mignon, Direct. méd. de l'établ. hydrothér., Le Vésinet (S.-et-O.).
Dr Mirallié, Professeur à l'Ecole de médecine, Nantes.
Dr Morer, à Comprodon, près Barcelone (Espagne).
Dr Moulonguet, Professeur à l'école de médecine, Amiens.
Dr Olivier, Médecin adjoint à l'asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Ollivier, Médecin en chef de l'asile de Lehon (Dinan).
Dr Pailhas, Médecin en chef de l'asile d'Albi (Tarn).
Dr Papillon, Médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône).
Dr Parant, Directeur-médecin de la maison de santé Saint-Cyprien, Allées de Garonne, Toulouse.
Dr Parhon, 50, rue Polone, Bukarest (Roumanie).
Dr Pauchet, Professeur à l'Ecole de médecine, Amiens.
Dr Paul-Boncour, Méd. en chef de l'Inst. méd.-pédag., Vitry (Seine).
Dr Paris, Médecin en chef de l'asile Maréville, Nancy.
Dr Periès, Médecin en chef de l'asile de Montauban (Tarn-et-Garonne)
Dr Peugniez, Professeur à l'Ecole de médecine, Amiens.
Dr Picqué, Chirurgien en chef des asiles de la Seine, 81, rue Saint-Lazare, Paris.
Dr Pierret, Médecin, villa Bouchard, St-Pierre-de-Vauvray (Eure).
Dr Pilleyre, Directeur-médecin, de l'asile de Prémontré (Aisne).
Dr Porot, Médecin de l'Hôpital français, Tunis.
Dr Raymondaud, Directeur de l'Ecole de médecine de Limoges (Haute-Vienne).
Dr Rayneau, Médecin en chef de service des aliénés, Orléans.
Dr Raviart, Prof. ag., méd. en chef de l'asile d'Armentières (Nord).
Dr Régis, Prof. de la clin. psychiâtrique à la Fac. de méd., Bordeaux.
Dr Remond, Prof. à la Faculté de méd., 45, r. d. Tourneurs, Toulouse.
Dr Ritti, 68, boulevard Exelmans, Paris.
Dr Rocha (F. da), Direct.-méd. de l'asile Juquery, St-Paulo (Brésil).
Dr Rodiet, Direct.-méd. de la Colonie fam. de Dun-sur-Huron (Cher).
Dr Rogé, Médecin major de 2e classe, Amiens.
Dr Roussy, Professeur agrégé, 31, avenue d'Antin, Paris.
Dr Sainton (Paul), Médecin des Hôpitaux, 17, rue Margueritte, Paris.
Dr Schilter, Médecin, Rio-de-Janeiro (Brésil).
Dr Semelaigne, Directeur-médecin de la maison de santé Saint-James avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine.
Dr Sicard, Médecin, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
Dr Simonin, Méd. pr., prof. au Val-de-Grâce, 5, f. St-Jacques, Paris.
Dr Straehlin, Médecin, Quincy-sous-Sénart (Seine-et-Oise).
Dr Suttel, Médecin adjoint de l'asile, Le Puy (Haute-Loire).
Dr Tarrius, Direct.-méd. de la maison de santé, Epinay (Seine).

MM.

Dr Taty, Directeur-médecin de la maison de santé de la rue de Charonne, Paris.

Dr Terrade, Médecin en chef de l'asile d'Agen.

Dr Thomas, Médecin, 75, rue de Chaillot, Paris.

Dr Tissot, Médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens.

Dr Toy, Médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Dr Trenel, Médecin en chef de l'asile Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Trepsat, Médecin adjoint au Sanatorium de Rueil (Seine-et-Oise).

Dr Vallon (Ch.), Méd. chef de l'asile cl. Ste-Anne. 1, r. Cabanis, Paris.

Dr Viel, Médecin en chef de l'asile de Pont-Labbé-Picauville (Manche)

Dr Voivenel, Chef de clinique, 21, rue de la Fonderie, Toulouse.

Dr Vurpas, Médecin de Bicêtre, 161, rue de Charonne, Paris.

Dr Wahl, Médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche).



Asile départemental de Dury-lès-Amiens (Somme).
Asile départemental de Sainte-Catherine d'Yseure (Allier).
Asile clinique Sainte-Anne, Paris.
Asile départemental d'Alençon (Orne).
Asile départemental de Châlons-sur-Marne (Marne).
Asile départemental de Maison-Blanche (Seine).
Asile départemental de Rennes (Ille-et-Vilaine).
Asile départemental de Bron (Rhône).
Asile départemental de Braqueville (Haute-Garonne).
Asile départemental de Bailleul (Nord).
Asile départemental de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Asile départemental de Villejuif (Seine).
Asile départemental d'Evreux (Eure).
Asile départemental de Clermont (Oise).
Asile départemental de Saint-Lizier (Ariège).
Asile départemental de Pierrefeu (Var).
Asile départemental de Blois (Loir-et-Cher).
Asile départemental de Saint-Egrève (Isère).
Asile départemental d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
Asile de l'Etat, à Mons (Belgique).
Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
Asile Sainte-Marie, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Asile départemental de Pau.

Asile départemental de Saint-Yon, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).
Asile départemental de Mayenne (Mayenne).
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Asile départemental de Beauregard, Bourges (Cher).
Asile départemental de Quimper (Finistère).
Asile départemental de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Institution nationale des Sourdes-Muettes (Bordeaux).
Maison de Santé de Pontorson (Manche).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme AIMÉ, à Nancy.
M. ADAM, fils, à Bourg.
Dr BELS, à Bailleul (Nord).
Mme BELS, à Bailleul (Nord).
Mlle J.-M. BELS, à Bailleul (N.).
Mme BOUSSAVIT, à Amiens.
Mme BELLAT, à Breuty (Manche)
Mme BORIES, à Le Cannet.
Mme CHARON, à Amiens.
Mlle CHARUEL, à Châlons.
Mme CROUSTEL, à Lesvellec.
Mme CORRECH, à Pau.
M. Gustave DAVID, à Amiens.
Mme DELMAS, à Ivry-sur-Seine.
Mme DIDE, à Toulouse.
M. DUBOIS, fils, à Clerm.-Ferr.
Mme FAMENNE, à Florenville (B.)
Dr FAGE, à Amiens.
Mme GARNIER, à Dijon.
Mlle R. GARNIER, à Dijon.
Mlle GEORGE, à Nancy.
Dr IZAGUIRE, à Barcelone (Esp.).
Mlle LADAME, à Genève.
Mme LALANNE, à Nancy.
Mme LERI, à Paris.
Mme LÉPINE, à Lyon.
Mme LONG-LANDRY, à Genève.
Dr LEULIER, au Vésinet.
Mme MEIGE, à Paris.
Mme PAPILLON, à Bron.
Mme RAYNEAU, à Orléans.
Mme RAVIART, à Armentières.
Mme RÉGIS, à Bordeaux.
Mme REMOND, à Toulouse.
Dr RAFFEGEAU, au Vésinet.
Mme STRŒHLIN, à Quincy-s.Sén.
Mme SUTTEL, à Le Puy.
Mme THUILLIER, à Paris.
Mme TISSOT, à Amiens.
M. TARRIUS, fils, à Epinay (Se.).
Mme VALLON, à Paris.

COMPTE RENDU FINANCIER

DE LA XXe SESSION

tenue à Bruxelles et Liège, du 1er au 6 Août 1910

Présenté par le M. le Dr DECROLY, Secrétaire général.

Recettes :

287 Cotisations de membres adhérents (à 20 fr.)	5.740 fr.	» »
94 Cotisations de membres associés (à 10 fr.)	940	» »
26 Souscriptions d'Asiles (à 20 fr.)	520	» »
Subvention du Ministère de l'Intérieur (de Belgique)	1.000	» »
Subvention du Ministère de la Justice (de Belgique)	1.000	» »
Souscription du Ministère de la Justice aux volumes	100	» »
TOTAL des recettes	9.300 fr.	» »

Dépenses :

Impression des rapports et comptes rendus	5.044 fr.	21
Affranchissements de circulaires, brochures de propagande, etc.	726	» »
Frais de transport par chemin de fer de Bruxelles à Liège et retour	867	» »
Frais de transport par chemin de fer de Liège à Ghéel	809	60
Frais divers d'excursions	568	40
Copies, dictées, cartes de membres, etc.	281	90
Cinéma	50	» »
Circulaires, etc.	436	48
TOTAL des dépenses	8.783 fr.	59

Balance :

Recettes	9.300 fr.	» »
Dépenses	8.783	59
Excédent des recettes	516 fr.	41

Caisse de réserve du Congrès.

1° Solde créditeur au 9 juillet 1910.	949 fr.	10
2° Produit de la vente des volumes de comptes rendus des différents Congrès pendant l'exercice 1910-1911.	883	20
3° Encaissement des coupons de rente 3 %. .	112	50
TOTAL du solde créditeur	1.944 fr.	80

En outre le Congrès possède 150 francs de rente française 3 %.

Règlement du Congrès

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.



But, Siège et Composition du Congrès.

Un Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année, dans une ville de France ou des pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion des questions concernant la Psychiâtrie, la Neurologie, la Médecine légale et l'Assistance des aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est au minimum de quatre jours qui, autant que possible, seront consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux Asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les Psychiâtres et les Neurologistes. Des excussions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des Membres adhérents et des Membres associés.

Les Membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de vingt francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des Administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux Membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations.

Les Asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les Membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les Membres associés se composent des personnes de la famille des Membres adhérents, présentés par ces derniers. Ils paient une cotisation de dix francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour le voyage ou les excursions.

Chaque session comporte :

Un Président, qui était le Vice-Président de la session précédente ;

Un Vice-Président, qui deviendra de droit Président de la session suivante ;

Un Secrétaire général.

Le Président et le Secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un Comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Comité permanent.

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVIe Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le Président de la session :

Le Vice-Président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès de l'année suivante).

Six membres élus par l'Assemblée générale du Congrès,

renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles.

Un Secrétaire-Trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le Secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le Président et le Secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le Président et le Secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le Secrétaire général informe le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du Président de la session actuelle, est assisté par :

Le Vice-Président et le Secrétaire général de la session ;

Les Présidents et les Secrétaires généraux des Congrès antérieurs ;

Le Comité permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc..., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale.

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les Membres adhérents et est présidée par le Président de la session, assisté du Secrétaire général de la session et des Membres du Comité permanent.

Le Secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le Président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le Vice-Président de la prochaine session, lequel deviendra de droit, Président deux ans plus tard ;

3° Le Secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement de deux Membres sortants désignés par tirage au sort.

Il est dressé un procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire général de la session.

Les élections du Vice-Président de la prochaine session et celles des Membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. — Constitution du Bureau.

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le Président de la session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le Président et le Vice-Président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du Secrétaire général, constituent le Bureau du Congrès. Ils désignent des Présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des

Présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le Bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du Congrès.

Le Président ou le Vice-Président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents Présidents d'honneur.

Le Bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application du règlement et prend, pendant la durée du Congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de Secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du Secrétaire général et du Secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le Secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports.

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de Psychiâtrie ;

3° Une question de Neurologie ;

3° Une question de Médecine légale ou d'Assistance des aliénés, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour une même question.

Les manuscrits des rapports doivent être remis au Secrétaire général deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

La longueur de chaque rapport ne doit pas dépasser soixante pages d'impression, condition absolue. Les figures

ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du Secrétaire général, d'accord avec le Secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser trente minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les Membres du Congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder quinze minutes.

Chaque Membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au Secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé, destiné à figurer dans le volume des comptes rendus..

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et Discussions.

Les Membres adhérents du Congrès peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la Psychiâtrie, la Neurologie, la Médecine légale ou l'Assistance des aliénés.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser quinze minutes.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au Secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le Secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux Congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées des présentations de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le Secrétaire général, qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au Secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressées à l'avance (avant le 15 juillet), au Secrétaire général, doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au Secrétaire général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser six pages d'impression.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au Secrétaire général, à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus.

Toutefois, dans ce cas, le Secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou les Secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le Secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions.

En cas de difficulté, le Secrétaire général avise le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

Séance d'Ouverture

La séance s'est ouverte le mardi 1er août, à 10 heures du matin, dans la « Salle des Congrès » de l'Hôtel de ville d'Amiens. L'assistance nombreuse comprenait, outre les Membres adhérents français et étrangers, un certain nombre de dames et de médecins d'Amiens et des environs.

M. Antoine, maire d'Amiens, présidait, ayant à ses côtés M. Moullé, préfet de la Somme ; M. Granier, inspecteur général, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur ; M. Rameau, président du Conseil général de la Somme ; M. Dutilloy, conseiller général ; M. le Dr Deny, médecin de la Salpêtrière, président du Congrès ; M. le Dr Fournier, directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens ; M. Izenic, inspecteur d'Académie ; M. le Dr Mabille, directeur de l'asile de la Rochelle, vice-président du Congrès ; M. le Dr Jude, médecin-major de 1re classe, délégué de M. le Ministre de la Guerre ; M. le Dr Madon, médecin de 1re classe, délégué de M. le Ministre de la Marine ; et M. René Charon, secrétaire général du Congrès.

En ouvrant la séance, M. le Maire d'Amiens prononce l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

J'ai été particulièrement heureux lorsque M. le docteur Charon vint m'annoncer que la Ville d'Amiens avait été choisie pour être le siège du 21e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française ; un maire accueille toujours avec joie ce qui peut jeter un éclat sur la ville qu'il administre.

Vous m'avez fait, d'autre part, un grand honneur en me demandant de présider aujourd'hui la séance solennelle

d'ouverture de votre Congrès ; je vous en remercie très sincèrement, en vous disant de tout cœur : Soyez les bienvenus dans la ville d'Amiens.

M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu déléguer M. l'Inspecteur général Granier, et MM. les Ministres de la Marine et de la Guerre ont aussi envoyé leurs délégués à ce Congrès ; je les salue spécialement, comme aussi les Sociétés savantes si éminemment représentées à cette séance. Leur présence ici fait ressortir tout l'intérêt que le Gouvernement et la Science portent à vos assemblées.

Je n'aurai garde d'oublier les savants étrangers qui viennent apporter à leurs collègues de France le précieux appoint de leurs observations, et je vous félicite tout particulièrement d'avoir élu Président de ce Congrès le distingué docteur Deny, que ses travaux justement appréciés signalaient si bien à votre choix.

Vous trouverez tous ici, Messieurs, l'accueil le plus empressé aussi bien parmi nous qu'auprès de vos aimables Collègues de la Ville d'Amiens.

Votre œuvre est belle, Messieurs, et l'humanité vous doit sa reconnaissance pour les remarquables travaux que vous poursuivez avec tant de persévérance : elle vient bien à son heure, car notre époque de surmenage et de vie intensive entraîne fatalement avec elle un cortège de névrosés, de neurasthéniques et de déments au soulagement desquels vous vous consacrez ; soyez-en remerciés.

Je fais des vœux pour que les travaux de votre 21e Congrès soient féconds en nouveaux et bienfaisants résultats.

Un Congrès, Mesdames et Messieurs, ne peut se poursuivre sans repos pour l'esprit, et si notre pays est peu favorisé sous le rapport des sites plus ou moins pittoresques, nous avons en revanche d'autres attractions, et je suis certain que vous éprouverez un plaisir délicat à visiter notre si remarquable cathédrale, véritable joyau du moyen âge, les rues et canaux du vieil Amiens, notre Musée, etc...

Vous aurez entre temps examiné en détail l'asile d'aliénés de Dury en pleine vitalité sous la haute impulsion de M. le docteur Charon : il s'est largement dépensé pour

ce Congrès et sa réussite sera la meilleure récompense de son dévouement.

Parcourant ensuite les jolies plages de notre littoral, vous en apprécierez le charme et pourrez ensuite admirer Coucy, Prémontré, Saint-Gobain ; une excursion en Angleterre avec la visite de l'asile et des laboratoires de Claybury clôturera votre Congrès.

En terminant, je me plais à espérer que vous voudrez bien ne pas garder un mauvais souvenir de notre chère Picardie.

A la suite de cette délicate allocution, M. l'Inspecteur général Granier, dans une de ces improvisations à la fois familières et substantielles dont il est coutumier, apporte aux congressistes le salut du Ministre de l'Intérieur, fait l'éloge de M. le Dr Deny, président du Congrès et esquisse dans une étude particulièrement judicieuse les rapports étroits qui lient la Justice et la Psychiâtrie.

M. Fournier, directeur de l'Ecole de Médecine, prend ensuite la parole en ces termes :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes est pour le Corps médical d'Amiens une utile et agréable manifestation d'ordre scientifique. Comme directeur de l'Ecole de Médecine, je tiens à vous dire, Messieurs les congressistes, que nous sommes vraiment heureux de l'occasion qui se présente pour nous de participer à vos travaux et je me fais l'interprète du Corps médical amiénois en vous exprimant notre gratitude, à vous, Monsieur le Président du Congrès, à vous aussi, Monsieur le Secrétaire, pour cette organisation délicate et difficile, et aux autorités ministérielles, départementale, municipale, qui prennent à nos œuvres médicales un intérêt chaque jour plus évident.

Vous êtes, Messieurs les aliénistes, les médecins de l'esprit, alors que nous ne le sommes que du corps. Il semble

donc que nos deux sciences soient différentes, et tout au plus voisines. Or il n'en est rien : elles se pénètrent, elles se complètent mutuellement. Mieux encore, elles s'adjoignent en outre le secours d'autres sciences accessoires, et c'est ce qui fait l'étendue et la complexité de la médecine totale. Cette médecine totale, l'étudiant doit l'apprendre, le médecin la connaître. Eh bien ! ici, dès l'abord, nous nous trouvons fort génés au point de vue pratique, le seul que nous envisagions pour l'instant. Cette connaissance totale est faite des connaissances particulières. L'étudiant en médecine doit apprendre la physique, la chimie, la zoologie, la botanique, la géologie, l'anatomie, la physiologie, la pathologie médicale, chirurgicale, obstétricale, l'hygiène, la thérapeutique, etc. Ce sont là les bases de l'enseignement. Sont réputées annexes, l'opthalmologie, l'oto-rhinologie, l'orthopédie, la radiologie, la neurologie, la médecine infantile, etc., etc. Où trouver du temps pour d'aussi complètes études ? Il faut choisir dans ces annexes les principales et c'est là qu'on se trouve réellement embarrassé pour donner le meilleur conseil,.

Nul ne peut nier pourtant, l'importance croissante de la neurologie et de la psychiâtrie. L'alcoolisme, et sans doute aussi les conditions plus artificielles de notre civilisation ont augmenté depuis quelques années le nombre des détraqués et des aliénés. Il se peut qu'en conséquence de leur hérédité fâcheuse, les descendants d'alcooliques viennent encore accroître ce nombre. La criminalité des jeunes gens fait des progrès constants dans toutes les nations. Partant de là, il va devenir difficile pour les jeunes médecins de s'en tenir à la connaissance de la neurologie ; il leur faudra connaître également la pathologie mentale. Il sera bon de pouvoir classer l'état mental de leurs malades, pour les soigner à temps, étudier les dangers auxquels ils sont exposés pour eux-mêmes et auxquels ils exposent les autres. Il sera urgent, parfois, de prendre à leur égard une décision immédiate pour les confier aux aliénistes. Pour celà, il faut un diagnostic précoce et suffisant, il faut au moins des notions élémentaires de pathologie mentale. Quand on

songe que les neurasthéniques à eux seuls forment un groupe important de la clientèle du praticien et que, parmi ces neurasthéniques, quelques-uns ont déjà des tendances vésaniques, quand on songe qu'en chirurgie même ces malades s'observent de plus en plus, depuis ceux qui veulent être continuellement opérés jusqu'à ceux qui se posent en éternelles victimes, on se rend compte de cette nécessité pour le praticien d'acquérir les premières notions de psychiâtrie. Nous avons tous présent à l'esprit le meurtre récent de notre collègue le chirurgien Guinard. Ce crime a soulevé de toutes parts un juste mouvement d'indignation et de pitié auquel je suis persuadé que vous vous associez avec moi dans une commune pensée de solidarité professionnelle et de charitable répression.

De charitable répression ! J'entends par là qu'il faut éviter, autant que possible, le retour de semblables actes au moyen d'une organisation meilleure de la thérapeutique mentale. Et ici, Messieurs les aliénistes, j'ai en vue le rôle de plus en plus grand qui vous est dévolu dans la société actuelle, j'ai en vue l'hygiène mentale par opposition à l'hygiène corporelle qui prend une extension considérable. A ces questions d'actualité les pouvoirs publics s'attachent de plus en plus. Mais il faut qu'ils soient guidés par vous pour le classement des déséquilibrés qui gênent la circulation normale des affaires courantes, et qu'ils ne peuvent réprimer que sur votre conseil, après que vous avez établi le taux des responsabilités.

En vérité, c'est à vous qu'appartient cette grande classification des êtres suivant leurs aptitudes, puisque, je l'ai dit, vous êtes les observateurs et les médecins de l'esprit. Elève, il y a longtemps déjà, d'un maître que j'ai toujours aimé, le professeur Gilbert Ballet, j'ai suivi avec une sorte d'émerveillement ses cours et ceux de Charcot et je dois avouer que la neurologie à laquelle le maître avait donné une poussée énorme, avait toutes les séductions pour moi, comme pour mon collègue, le Dr Peugniez, qui m'excusera de le citer en cette occasion, à ce point que nous étions tout imprégnés encore de ces études à notre arrivée à

Amiens. Mais, par contre, la pathologie mentale nous paraissait plus pénible et les déments, agités, mélancoliques, persécutés que nous avions suivis à Sainte-Anne, nous avaient laissé une sombre impression. Ces tristes images que vous contemplez toute votre existence, Messieurs, sont celles des plus inférieurs de tous les hommes, et cependant vous êtes vous-mêmes, permettez-moi de le dire enfin, des intelligences supérieures.

Contraste saisissant que ce spectacle où l'on voit aux prises des esprits aussi divers ! Mérite réel et véritable dévouement de la part de ceux qui dirigent, soignent et protègent ces êtres inférieurs auprès desquels nos animaux domestiques semblent presque doués de raison ! Et vous faites entre eux les distinctions qu'il faut faire, vous les comparez entre eux, avec les hommes normaux, vous les comparez même avec les génies ! Comparer le génie et la folie, voilà qui est extraordinaire ! *A priori*, il semble que la distance entre ces deux états est aussi grande que celle qui sépare deux lignes parrallèles, qui ne se rencontrent qu'à l'infini. Loin de moi la pensée d'établir un plaidoyer en faveur de cette idée qui m'est chère, à savoir que le génie et la folie n'ont aucun point de contact ; ce n'est pas d'un seul mot qu'on peut résoudre un tel problème. On a cru trouver des points de ressemblance entre ces deux états de l'esprit, parce que certains déséquilibrés ont parfois des éclairs de génie et certains génies ont paru avoir des moments de déséquilibre. On a dit que l'homme de génie est celui dont une ou plusieurs facultés sont hypertrophiées et on a ajouté : aux dépens de ses autres facultés. Mais pour qui a fréquenté toute sa vie les malades et les maladies les plus diverses, observé leurs multiples variétés mentales, pour qui réfléchit, analyse, compare tant d'intelligences soumises à son examen, une telle opinion paraît inexacte. Une ou plusieurs facultés demeurées dans l'ombre sont au moins égales à celles des autres hommes et l'équilibre n'est pas détruit. Mais l'imagination et la raison s'associent chez eux et s'exaltent tout en collaborant ensemble pour la conception de quelque chose de parfait, de supérieur

à la réalité quotidienne. L'imagination et la raison sont nos deux plus hautes facultés, et les hommes comme Pasteur et Charcot qui les ont possédées à un tel degré étaient vraiment des hommes supérieurs, dont le déséquilibre n'a jamais été qu'un déséquilibre voulu, nécessaire pour la création d'une œuvre surhumaine. Cette œuvre elle-même n'est surhumaine que parce qu'elle procède d'une évocation très volontaire, d'une patience inlassable, d'un travail énorme; elle n'a mis en jeu que des moyens humains, mais elle leur a donné une puissance exceptionnelle. Peu d'hommes sont capables d'un si prodigieux effort. Mais ceux qui y parviennent sont pour nous des modèles, et nous devons tout au moins honorer leur mémoire.

Si je me suis laissé aller à parler en un tel lieu de ces hommes supérieurs, c'est qu'à notre époque le culte s'en impose plus que jamais. Ils ont créé des types ou des forces de beauté ou de vérité et nous ont indiqué le but réel de la vie terrestre. Héros, savants ou artistes, il ne faut pas les méconnaître, car c'est toujours d'eux que nous vient la lumière. Le peuple a besoin d'une grande idée qui l'anime et le dirige : il y a là des exemples de travail, de courage, de patience à lui donner ; il faudrait lui rendre familiers les talents qu'il engendre, mais qu'il ne comprend pas assez et qu'il n'analyse presque jamais. Le culte des hommes supérieurs serait pour chacun une vision d'idéal qui permettrait de traverser la vie avec sécurité, il pourrait être une des grandes idées directrices de notre époque.

Or, c'est vous, Messieurs les congressistes, qui paraissez appelés à nous dévoiler les secrets des esprits supérieurs et déjà parmi vous quelques-uns se sont adonnés à cette étude passionnante. C'est vous qui pouvez nous dire si la folie est bien l'état inférieur de déchéance, comme nous le croyons, si l'état normal ou d'équilibre est bien le moyen terme, si le talent et le génie sont bien les états supérieurs ; c'est vous qui connaissez toutes ces étapes, qui pouvez le mieux mesurer l'intelligence, qui en connaissez toutes les formes. Et si vous voyez tantôt sombrer dans la folie certaines mentalités, vous en voyez tantôt resplendir et rayon-

ner certaines autres et vous pouvez les proposer à l'admiration nécessaire des jeunes générations. Je me résume ainsi :

De jour en jour le rôle du médecin prend plus d'importance dans la société, et plus spécialement le rôle du médecin aliéniste qui est appelé, non seulement à soigner ses malades habituels, mais en outre à diriger l'hygiène mentale par sa collaboration avec les médecins praticiens et avec les pouvoirs publics. J'ajouterai que le psychiâtre est le mieux placé pour assister les tribunaux dans un grand nombre de leurs recherches judiciaires et qu'il peut enfin nous aider à distinguer dans la nation les hommes supérieurs qui sont pour le pays à la fois une gloire et une nécessité.

Enfin M. Deny, prononce le discours suivant :

Monsieur le Maire,

Je vous remercie, au nom du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, de vos chaleureux souhaits de bienvenue, je remercie la Ville d'Amiens et sa municipalité du sympathique accueil qui nous est fait.

Je remercie M. le Ministre de l'Intérieur qui a bien voulu nous donner un nouveau témoignage de l'intérêt qu'il porte à notre Congrès en se faisant représenter ici par M. l'Inspecteur général Granier dont la parole autorisée et les lumières nous ont si souvent éclairés dans l'étude des questions relatives à l'assistance et au traitement des aliénés. Je souhaite à M. l'Inspecteur Granier la plus cordiale bienvenue et je le remercie vivement des paroles, beaucoup trop flatteuses pour moi, qu'il vient de prononcer.

Monsieur le Préfet,

Je suis heureux de vous adresser, ainsi qu'à M. le Président du Conseil général et aux membres de l'Assemblée départementale, les plus vives félicitations de mes collègues, les médecins aliénistes, pour les luxueux pavillons que vous avez fait élever à l'asile de Dury. La visite de cet établisse-

ment, un des mieux aménagés de France, ne sera pas un des moindres attraits du Congrès.

Monsieur le Directeur de l'Ecole de Médecine,

Permettez-moi de vous remercier, au nom de tous nos collègues de Paris et de la province, de votre chaleureux accueil et de la participalion que le corps médical d'Amiens, si riche en illustrations, veut bien prendre à notre Congrès.

J'adresse également mes plus vifs remerciements à MM. les Délégués et Médecins étrangers qui nous font l'honneur de venir prendre part à nos travaux et qui nous apportent ici, sans compter, le meilleur de leur activité scientifique.

Je crois être enfin, mes chers collègues, votre interprête à tous en adressant à notre secrétaire général, M. le docteur Charon, mes plus vives félicitations. C'est à lui que revient tout le mérite de l'organisation du Congrès d'Amiens. Il a acquis ainsi des droits impérissables à notre reconnaissance.

Messieurs et chers Collègues,

Depuis notre dernière réunion, la mort qui ne nous avait cependant pas épargnés les années précédentes, puisqu'elle nous avait enlevé successivement et à quelques mois d'intervalle, Joffroy et Brissaud, la mort nous a encore ravi, au mois de septembre dernier, le professeur Raymond, le digne continuateur de Charcot. Tous trois comptaient parmi les meilleurs et les plus illustres représentants de cette Ecole de la Salpêtrière dont l'éclat a rayonné sur le monde entier. Tous trois sont morts en pleine maturité d'esprit, alors qu'on était encore en droit d'attendre d'eux une luxuriante floraison de travaux.

Vous savez tous quelle lourde tâche avait assumée Raymond en prenant possession de la chaire de Charcot. Pendant quinze ans, il a fourni, pour la maintenir à la hauteur où le Maître l'avait placée, un labeur considérable,

attesté par d'innombrables publications dont plusieurs ont vu le jour à notre Congrès. Une mort prématurée a été la rançon de cette suractivité scientifique. Tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre, tous ceux qui l'ont approché garderont pieusement le souvenir de l'ami sûr, toujours prêt à obliger, et du savant modeste que fut Raymond.

A cette liste nécrologique déjà trop longue, il me faut encore ajouter deux noms, celui du docteur Doutrebente, un des plus anciens et des plus fidèles adhérents à notre Congrès et celui du docteur Charpentier, qui s'est éteint il y a un mois à peine dans la retraite qu'il avait choisie aux environs de Paris. Depuis quelque temps, Charpentier, que les nouvelles orientations de la psychiâtrie avaient un peu déconcerté, s'abstenait de paraître à notre Congrès, mais les moins jeunes d'entre vous se souviennent encore du rôle actif qu'il y a joué pendant plusieurs années et de la note si vivante et si originale qu'il apportait à nos discussions. Sa place est restée vide, mais les liens d'amitié qui m'unissaient à lui et la tristesse de la fin de sa vie, m'imposaient le devoir de lui adresser un suprême adieu.

Il me reste maintenant, mes chers collègues, un autre devoir non moins impérieux, mais beaucoup plus agréable à remplir, celui de vous exprimer encore une fois ma profonde reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en me désignant pour présider la vingt-et-unième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française.

Ce qui fait la force et la vitalité de ce Congrès, c'est qu'il est en France le seul organisme qui consacre officiellement l'union de la neurologie et de la psychiâtrie, ces deux sciences sœurs qui n'en font en réalité qu'une, puisqu'elles poursuivent le même objectif, celui de guérir ou de soulager les malades et les infirmes du système nerveux.

Après l'éloquent discours prononcé à l'ouverture de la session de Lille par M. le professeur Grasset sur « l'unité de la neurobiologie humaine » on a pu croire que serait définitivement scellée cette union des études neurologiques et psychiâtriques qu'avec nos chers disparus d'hier, Joffroy,

Brissaud et Raymond, MM. Magnan, Pierret, Pitres, Gilbert Ballet, Régis et Dupré, s'étaient déjà efforcés de réaliser dans leur enseignement.

On a pu le croire surtout l'année dernière, lorsqu'on a vu les deux sociétés de Neurologie et de Psychiâtrie de Paris tenir une réunion plénière pour discuter le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.

J'aime à croire que cette union, qui n'a jamais cessé d'exister dans les pays voisins, règne encore parmi nous. Il faut avouer cependant, que depuis quelque temps une certaine tiédeur, un peu de refroidissement semble s'être manifestés dans les rapports des sciences neurologique et psychiâtrique.

Ce refroidissement s'est accru tout récemment à propos d'une question de délimitation de territoires... non plus vinicoles, — comme cette année nous en a donné de si tristes exemples — mais pathologiques.

Toujours est-il qu'un cri de guerre a été poussé. Il est parti du camp neurologique. On a émis la prétention de soustraire à l'examen et au contrôle de la psychiâtrie les affections que l'on désigne depuis quelques années sous le nom de *psychonévroses*.

Quelles sont donc ces affections litigieuses qui nous menacent d'un nouveau conflit ? Quelle est leur nature ? Sont-elles d'ordre névropathique ou psychopathique ? Y a-t-il entre elles et les psychoses proprement dites une différence de nature ou simplement de degré ?

Quelle est enfin la place qu'il convient de leur assigner en nosologie ?

Telles sont les différentes questions que je vais examiner brièvement.

La Délimitation de la Psychiâtrie et les Psychonévroses

Quelles sont les affections que l'on groupe aujourd'hui sous la dénomination de psychonévroses ?

Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de faire un léger retour en arrière. L'expression de « psycho-

névrose » a été empruntée par les neurologistes français aux psychiâtres allemands, Kraft-Ebing, Schüle et quelques autres. Ces auteurs rangeaient, comme vous le savez, parmi les psychonévroses, la mélancolie, la manie, le délire systématisé aigu, les folies hystérique, épileptique, hypocondriaque, etc., c'est-à-dire les affections déjà individualisées sous le nom de vésanies ou de psychoses.

« Le terme de « psychonévrose « qui n'a jamais été très goûté par les psychiâtres français, a été adopté par les neurologistes qui l'ont peu à peu substitué à celui de névroses, parmi lesquelles on s'accorde généralement à ne plus faire figurer aujourd'hui que la neurasthénie, l'hystérie et une nouvelle entité morbide (qui sera caractérisée un peu plus loin), la psychasthénie.

De ces trois affections, classées provisoirement aujourd'hui sous l'appellation de psychonévroses, Raymond n'en reconnait que deux comme légitimes et autonomes : la psychasthénie et l'hystérie. Il en exclut la neurasthénie, je dirai plus loin pourquoi.

M. le professeur Dejerine n'admet également que deux psychonévroses : la neurasthénie et l'hystérie, la conception de la psychasthénie n'ayant pas trouvé grâce devant lui.

Plus radical encore, M. le professeur Bernheim raye la neurasthénie et la psychasthénie et, d'une façon générale, toutes les asthénies dont on a tant abusé dans ces derniers temps, du chapitre des psychonévroses, et ne consent à y faire rentrer que la seule hystérie.

Au total, et abstraction faite de quelques divergences de vues, qui ne sont peut-être pas aussi profondes qu'elles le paraissent, nous sommes en présence de trois affections baptisées aujourd'hui psychonévroses : l'hystérie, la psychasthénie et la neurasthénie.

Quelle est la nature de ces affections ? Sont-elles d'ordre névropathique ou d'ordre psychopathique ?

Le seul fait d'avoir substitué le mot de psychonévrose à celui de névrose, sous lequel on désignait autrefois la neurasthénie et l'hystérie (la psychasthénie n'existait

pas encore), prouve que l'on s'accorde à faire jouer à l'état mental un rôle primordial dans le déterminisme de ces affections. Cette substitution de termes n'aurait sans cela aucun sens.

M. Dejerine est, du reste, très explicite sur ce point : « Il existe, dit-il, un groupement nosologique particulier et fort important, dont la symptomatologie est tout entière réalisée par une modification *primitive* de l'état moral ou mental et par toute une série de manifestations secondaires. Les affections qui rentrent dans ce cadre portent le nom de « psychonévroses. »

C'est également pour mettre en relief cette prépondérance de l'élément psychique sur les autres symptômes que Raymond a proposé, à la suite des remarquables travaux de M. Pierre Janet, de scinder la neurasthénie et de séparer complètement la neurasthénie acquise ou accidentelle, de la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle de Charcot. Cette dernière seule constitue, pour Raymond, une espèce nosologique autonome, édifiée par M. Pierre Janet sur le plan de l'hystérie, et qu'avec cet auteur, il désigne sous le nom de « psychasthénie ».

Quant à la neurasthénie acquise ou neurasthénie vraie, ce n'est pas une véritable entité morbide, c'est un simple syndrome qui tantôt exprime un trouble purement fonctionnel, tantôt coexiste avec une altération organique plus ou moins bien caractérisée.

Ce syndrome, variable dans ses modalités cliniques, est toujours la manifestation d'une dépression générale du système nerveux, due à la fatigue, aux excès de travail, etc., dépression qui s'accuse aussi bien et peut-être plus dans la sphère somatique que dans la sphère psychique, contrairement à ce qui a lieu dans la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle. Et c'est là le motif pour lequel Raymond exclut la neurasthénie vraie, généralement acquise ou accidentelle, du groupe des psychonévroses.

Comme je l'ai déjà indiqué, M. Dejerine repousse formellement cette subdivision de la neurasthénie en deux affections distinctes. Faisant allusion à la conception de

la psychasthénie, il déclare « que la neurasthénie est bien, et quoi qu'on en ait dit, une psychonévrose autonome, se reliant peut-être à d'autres états psychologiques, mais ayant cependant des caractères assez accusés pour pouvoir être considérée comme une véritable entité morbide. »

Pour lui, contrairement à l'opinion courante, la fatigue, le surmenage, etc., ne sont jamais capables à eux seuls de créer un état neurasthénique ; il faut qu'à ces facteurs, contingents et accessoires, viennent s'ajouter des états émotifs continus, des préoccupations de tout ordre, des soucis, des craintes, de l'anxiété, etc., c'est-à-dire des éléments d'ordre psychologique.

Ainsi, réserve faite de quelques différences du reste légères, la psychasthénie de Janet-Raymond, et la neurasthénie de M. Dejerine ne constituent au fond, qu'une seule et même affection, reconnue par ces auteurs comme étant d'origine et de nature essentiellement psychiques.

Aussi bien, cette opinion est celle de presque tous les neurologistes, de Brissaud, de M. Babinski, de M. Gilbert Ballet, et de bien d'autres.

Cet accord est encore plus complet, si possible, en ce qui concerne l'hystérie.

Comme le rappelait récemment M. Gilbert Ballet, c'est Charcot qui a montré le premier que l'hystérie est une maladie psychique, opinion qui a été confirmée et développée depuis, dans des directions, il est vrai, un peu différentes, par MM. Bernheim, Pierre Janet, Babinski, Grasset, Gilbert Ballet, et par M. Dejerine lui-même.

La discussion qui a eu lieu en 1908 à la *Société de neurologie* sur la revision de l'hystérie traditionnelle est encore trop présente à votre esprit pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Ainsi, de l'avis de la plupart des neurologistes, la neurasthénie, la psychasthénie et l'hystérie sont des maladies dont tous les symptômes, psychiques et physiques, sont régis et conditionnés par des modifications plus ou moins profondes, mais de nature encore indéterminée, de l'appareil du psychisme.

Une dernière question me reste à examiner :

Quelle est la place qui doit être attribuée légitimement aux psychonévroses en nosologie ?

On vient de voir que tout le monde admet aujourd'hui, comme un postulat l'origine et la nature psychopathiques des psychonévroses ; mais personne jusqu'ici ne semble s'être soucié de tirer les conséquences qui découlent logiquement de ce postulat.

On continue, aujourd'hui comme hier, à considérer comme ressortissant à la neurologie, des affections dont on proclame à chaque instant, *urbi et orbi*, la subordination étroite au psychisme.

Cette anomalie a déjà frappé différents observateurs.

Voici, en effet, comment s'exprimait à ce sujet M. Pierre Janet au Congrès d'Amsterdam :

« Depuis une trentaine d'années, il semble entendu, par tout le monde, que l'hystérie est une maladie mentale, mais cette déclaration me semble rester, le plus souvent, lettre morte, car après avoir adopté une formule quelconque « l'hystérie est une maladie psychique, une maladie par « imagination, une maladie par idée, une maladie par « suggestion ou par persuasion », on n'en tient plus compte le moins du monde et on étudie cette névrose comme une maladie organique quelconque. Il faudrait cependant s'entendre ; si l'hystérie est une maladie mentale, elle rentre dans le domaine de la psychiâtrie ; on doit, pour l'étudier, adopter les méthodes de cette science, analyser les caractères psychologiques de chaque symptôme et surtout comparer cette maladie avec les autres maladies mentales connues. »

Voilà donc l'hystérie, qu'au dire de M. Dejerine « Charcot sut soustraire aux psychiâtres et que ceux-ci s'efforceraient vainement de reconquérir », proclamée maladie psychique, maladie mentale, et par qui ? par l'éminent professeur de psychologie du Collège de France !

Au surplus, Charcot, préfaçant les premières études de M. Pierre Janet, n'a-t-il pas écrit, et cela en 1892 : ces études « viennent confirmer une pensée souvent exprimée dans nos leçons, c'est que l'hystérie est en grande partie

une maladie mentale. C'est là un des côtés de cette maladie qu'il ne faut jamais négliger si l'on veut la comprendre et la traiter. »

Et depuis cette époque, M. Pierre Janet a précisé encore sa pensée en ajoutant :

« Je n'hésite pas à dire que l'hystérie est une psychose qui rentre dans le groupe considérable des psychoses dépressives. Il faudra plus tard la situer à côté des mélancolies, des délires maniaques-dépressifs, des psychasthénies. »

Enfin, plus récemment encore, M. E. Dupré a soutenu, non sans de bonnes raisons, que la plupart des accidents hystériques étaient des manifestations d'un état psychopathique spécial qu'il désigne sous le nom de mythomanie, et auquel se surajoutent souvent des processus délirants d'ordre imaginatif.

Voilà pour l'hystérie. En ce qui concerne la neurasthénie et la psychasthénie, l'évolution des idées n'est pas moins caractéristique.

M. Bernheim n'a-t-il pas écrit ces jours-ci : « Sans vouloir discuter ici la question d'identité ou de non-identité entre la mélancolie simple et la névropsychasthénie, je puis dire que les neurasthéniques purs que je vois, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas de mélancolie, mais simplement de l'aboulie, de la dépression, de la douleur de tête, ceux qui ne sont point anxieux.... les neurasthéniques qui répondent au tableau schématique classique ont la même évolution *cyclique* que ceux qui ont en plus de la mélancolie ; malgré leur bonne volonté, le remontage moral, le repos du corps et de l'esprit, la maladie fait son temps, rebelle à toute influence morale, affirmant ainsi qu'il ne s'agit pas d'une simple psychonévrose émotive, mais d'une maladie réelle qui, avec ou sans mélancolie, a une évolution *cyclique* ».

Et maintenant... *Si parva licet componere magnis*, je répéterai ici ce que j'écrivais il y a plus de cinq ans en conformité presque complète d'opinion avec M. Bernheim :

« Les cyclothymiques, les neurasthéniques constitutionnels, les psychasthéniques, etc., forment une famille naturelle de psychopathes, celle des déséquilibrés de la sensi-

bilité morale et méritent une place à part à côté des déséquilibrés de la sensibilité physique, des neurasthéniques vrais, des hypocondriaques, des cénesthopathes, etc. »

Pourquoi donc, après avoir reconnu la nature psychopathique de la neurasthénie, de la psychasthénie et de l'hystérie, persiste-t-on, par une sorte de commun et tacite accord, à grouper, aujourd'hui comme hier, les malades atteints de ces psychonévroses, sous le nom de névropathes, alors que, logiquement, c'est celui de psychopathes ou de névropsychopathes qui leur conviendrait.

M. Dejerine vient d'essayer de justifier cette infraction aux lois de la logique rationnelle en soutenant que les psychonévroses constituent un domaine très spécial, n'affectant avec les psychoses caractérisées qu'une parenté de cause et non de nature, qu'il y aurait un grave danger à rendre les psychonévroses à la psychiâtrie, notamment de faire du névropathe « un petit aliéné » et que, du reste, en ce qui le concerne, il se refusait absolument à considérer « que la pathologie de l'esprit appartienne en propre à la psychiâtrie, qu'elle soit son domaine exclusif, sur lequel on ne puisse pénétrer sans faire œuvre de psychiâtre. »

M. Dejerine a cent mille fois raison de dire que la pathologie de l'esprit n'est pas le domaine exclusif de la psychiâtrie (celle-ci, en effet, ne réclame aucun monopole) ; mais il n'est pas fondé à dire, à moins de changer le sens des mots, que la pathologie de l'esprit n'appartient pas en propre à la psychiâtrie, qui est proprement la médecine de l'esprit.

Quel est donc alors le domaine de cette science, si on lui dénie le droit de s'occuper des maladies de l'esprit, de toutes les maladies de l'esprit ?

« Le domaine de la psychiâtrie, répond M. Dejerine, c'est le domaine de la maladie mentale, pris dans le sens assez étroit, j'en conviens, de l'aliénation mentale. »

Voilà qui est parler ! Le domaine de la psychiâtrie est celui de l'aliénation mentale, autrement dit de la « folie ». Le champ d'action du psychiâtre ne doit donc pas s'étendre au-delà des murs d'enceinte des asiles ; et comme les affections qui

exigent le plus habituellement l'internement sont celles de la sphère intellectuelle, M. Dejerine en conclut que seules les maladies qui impliquent un désordre profond de l'intelligence appartiennent en propre à la psychiâtrie.

Quant aux affections de la sphère sentimentale, aux doutes, aux angoisses, aux phobies, aux obsessions, etc., elles constituent une sorte de fief intangible appartenant à la neurologie !

L'irrationalisme d'une nosologie aussi arbitraire, pour me servir de l'expression de M. Gilbert Ballet, saute aux yeux. Et si mon très éminent et très cher ami le professeur Dejerine s'en est constitué le défenseur, c'est peut-être qu'il ne s'est pas encore suffisamment affranchi des préjugés intellectualistes qui encerclent toujours la psychologie.

Il faut, en effet, renoncer désormais à considérer l'intelligence comme le pivot de notre activité mentale. La raison, expression de l'intelligence, est généralement impuissante à réprimer les manifestations de la vie affective. « La place des influences affectives dans la vie psychique, comme l'a dit, il y a longtemps, M. Ribot, est la première. La connaissance apparait non comme une maîtresse, mais comme une servante. » Or, ce qui est vrai en psychologie normale, ne l'est pas moins en psychologie pathologique.

Sans doute, il existe des maladies constituées uniquement par le désordre des éléments affectifs, désordre auquel la raison assiste sans y prendre part, en simple spectatrice ; mais ces maladies ne sont-elles pas aussi psychiques ou aussi mentales que celles où la raison intervient ? Est-ce que les sentiments, les émotions, les passions, bref les éléments affectifs ne font pas partie de la Ψυκη, de l'âme humaine, au même titre que les éléments intellectuels ? Il est certain que ces deux ordres d'éléments ont une existence indépendante, mais il n'empêche qu'ils s'influencent réciproquement et réagissent constamment les uns sur les autres. Il y a donc partie liée entre les affections du Θυμος ou *thymopsychoses* et les maladies du νοος ou *noopsychoses*, et cela est si vrai que, suivant le moment où on les observe, tels malades peuvent être l'objet d'un classement différent

et considérés comme atteints, tantôt d'une psychopathie simplement affective, tantôt d'une psychopathie franchement intellectuelle. La genèse de certains délires systématisés secondaires post-maniaques, post-mélancoliques, etc. reste à peu près inexplicable sans cette notion de la transformation d'une psychose primitivement affective en une psychose intellectuelle. Est-ce que, tous les jours, nous n'observons pas le passage d'un état de mélancolie « affective » ou avec conscience (affection qui, pour le dire en passant, ne se distingue guère de la neurasthénie) en un état de mélancolie délirante ? Est-il donc admissible, dans ces conditions, que l'on isole, pour les attribuer à deux sciences distinctes, les maladies de la sphère sentimentale d'une part, les maladies de la sphère intellectuelle de l'autre ? Quelle est la cloison étanche qui les sépare...?

Mais j'irai plus loin. On peut affirmer, sans trop de témérité, qu'il n'est pas une seule affection mentale, jusques et y compris la paranoïa, jusques et y compris les délires systématisés dits primitifs, qui ne reconnaisse pour cause fondamentale une perturbation de la vie affective et dont l'évolution ne soit subordonnée presque entièrement à cette perturbation.

S'il en est réellement ainsi, M. Dejerine ne se rend-il pas compte que soustraire les maladies de la sphère sentimentale ou affective à la psychiâtrie, ce serait, purement et simplement, décréter l'annexion de la psychiâtrie à la neurologie !

Je dépasserais les limites de cette allocution en insistant davantage. Les considérations qui précèdent me semblent suffisantes pour que je sois autorisé, avec M. Gilbert Ballet, à revendiquer pour la psychiâtrie, l'étude des psychonévroses, au même titre que celle des psychoses, avec lesquelles elles affectent une parenté non seulement de cause, comme l'admet M. Dejerine, mais de nature. La seule différence qui existe entre ces deux groupes d'affections, qu'un avenir prochain ne tardera pas, du reste, à fondre ensemble, est une différence quantitative et non qualitative.

Mais, je le répète, la psychiâtrie ne réclame pas le mono-

pole des psychonévroses, non plus, du reste, que celui des psychoses ; elle fait, au contraire, appel à toutes les bonnes volontés pour s'éclairer dans sa marche en avant. Elle ne repousse aucun concours, de quelque côté qu'il vienne, mais parmi ceux qu'elle espère, sur lesquels elle compte, qu'elle appelle de tous ses vœux, il n'en est aucun auquel elle attache plus de prix qu'à celui de la neurologie.

Messieurs et chers Collègues,

Je m'excuse d'avoir retenu aussi longtemps votre attention et je prie, en terminant, M. le professeur Dejerine, qui sera, je l'espère, au milieu de nous dans quelques instants, de vouloir bien trouver, sous les critiques que je viens d'adresser à sa conception des psychonévroses, l'expression de l'admiration mêlée de respect, que nous inspirent à tous ses remarquables travaux sur l'anatomie et sur la séméiologie du système nerveux.

Après ces discours très applaudis, M. le Maire d'Amiens lève la séance et fait gracieusement aux Congressistes les honneurs de l'Hôtel de Ville et du Musée de Picardie, dont les richesses artistiques sont présentées par M. Delambre, conservateur, et M. Pierre Dubois, critique d'art, avec autant d'amabilité que de compétence.



II

DISCUSSIONS

Séance du Mardi 1er Août (soir)

Après désignation par le bureau, des Présidents d'honneur et des Secrétaires des séances, le Président ouvre la séance et donne la parole à M. le Dr Maillard, pour l'exposé de son rapport sur la

PREMIÈRE QUESTION

Des différentes espèces de Douleurs psychopathiques

(LEUR SIGNIFICATION, LEUR ROLE)

Conclusions du rapport :

Le terme de douleur psychopathique est trop vague pour pouvoir être employé ainsi sans épithète, lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic.

On doit toujours essayer de déterminer de quelle douleur psychopathique il s'agit. De la différence de nature résulte une différence de pronostic et de traitement.

Ici, comme d'ailleurs pour n'importe quel trouble, la thérapeutique ne peut être efficace que si elle est basée sur un diagnostic exact et complet. Ce diagnostic est particulièrement important à préciser quand se pose la question d'une intervention.

Dire douleur psychopathique n'est pas faire un diagnostic ; c'est, tout au plus, une première étape du diagnostic.

Ce qu'on entend d'ordinaire sous le nom de douleurs

4

psychopathiques répond à des troubles de signification très différente. C'est pour essayer de classer tous ces troubles que nous les avons répartis dans les quatre groupes : hallucinatoire, pithiatique, paranoïaque et cénesthopathique.

Mais pour dire toute notre pensée, il nous semble que, si l'on va au fond des choses, seules les douleurs pithiatiques et paranoïaques devront être considérées comme des douleurs psychopathiques car, seules, elles ont une origine réellement psychique (que leur point de départ soit ou ne soit pas une lésion réelle).

Les douleurs hallucinatoires sont au contraire la conséquence obligée de l'hallucination. C'est l'hallucination qui est ici psychopathique, ce n'est pas la douleur elle-même.

Quant aux douleurs cénesthopathiques, ce sont bien moins encore des douleurs psychopathiques. Elles nous apparaissent comme des troubles liés au déséquilibre constitutionnel, ou acquis d'un appareil nerveux spécial. Elles sont à rapprocher, par exemple, de certains troubles moteurs, tremblements, etc., qui sont dus également au déséquilibre constitutionnel ou acquis d'un appareil nerveux d'importance physiologique très analogue.

Bien que ne relevant d'aucun trouble du système nerveux supérieur, elles ne sont pas, physiologiquement, au même degré hiérarchique que les douleurs pithiatiques et paranoïaques.

Elles dépendent de ce groupe complexe de fonctions automatiques qui assurent l'adaptation de l'être aux variations du milieu, et qu'on ne peut encore qu'entrevoir.

Discussion

M. Laignel-Lavastine. — Dans le rapport si clair de M. Maillard, — peut-être même trop clair, car le sujet qu'il traite est loin de l'être à ce point, — deux détails sont pour moi restés un peu obscurs.

M. Maillard parle d'un appareil de la cénesthésie, qu'il compare à l'appareil de l'équilibre. Comment le conçoit-il

anatomiquement et quel rôle fait-il servir au système sympathique dans sa constitution ?

En second lieu, insistant sur la coexistence qu'il a constatée, chez plusieurs cénesthopathes, des troubles artérioscléreux, il tend à faire jouer à l'artério-sclérose un rôle dans la genèse de certaines cénesthopathies. Très volontiers, mais quelle est à son avis la localisation obtenue pour les troubles qu'il envisage : cortex, viscères ou sympathique ? On pourrait peut-être bien trouver un terrain d'entente entre les partisans opposés des théories centrale et périphérique des « douleurs psychopathiques ».

M. Blondel (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, dans le service de mon maître, le Dr Deny, une malade dont le cas me paraît soulever, à propos de la cénesthopathie, des problèmes intéressants :

D'après les renseignements qu'elle est en état de fournir, les antécédents de Mme B., âgée de 52 ans, n'offrent rien de très particulier : son père est mort du choléra vers 1875, sa mère était atteinte de cardiophatie et est morte à 40 ans ; son frère, âgé de 57 ans, est un gaillard solide, portefaix à Marseille. Son enfance a été normale. Elle a fréquenté l'école jusqu'à onze ans, sans obtenir son certificat d'études. A sa sortie de l'école elle était réglée : ses règles ont longtemps été très douloureuses. Elle se marie à 19 ans et, l'année suivante, fait une fausse-couche de un à deux mois. A 25 ans, elle entre au théâtre. Elle participe, comme choriste, à des tournées dans les pays chauds, où elle a contracté l'habitude de la cigarette, à laquelle elle a renoncé depuis. A Caracas, en 1885, elle aurait eu la fièvre jaune ; elle n'a jamais eu d'autre maladie. A 30 ans, elle quitte son mari. Depuis de longues années, elle vit avec un camarade de tournées, choriste comme elle. En 1896, à Alexandrie (Egypte), elle a une très passagère syncope, qui se renouvelle en 1900, à Tours. Depuis six ans, elle est tombée ainsi huit à dix fois : à l'en croire, c'est sa tête qui l'emporte ; le sol se dérobe ; elle se dirait en bateau ; elle éprouve en même temps des palpitations. De tout temps elle a eu des migraines. Elle a toujours été nerveuse, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Cependant, elle n'est pas émotive. Son caractère n'a jamais été très gai, mais elle est instable et changeante. Son retour d'âge s'est produit il y a quatre ans. Elle est malade depuis trois ans et demi, mais ses troubles se sont notablement aggravés depuis six mois.

Son état général est demeuré bon. Au point de vue physique, les réflexes rotuliens sont forts, les achilliens nets, les olécrâniens un peu exagérés ; mais elle n'a pas de Babinsky et le réflexe pupillaire est conservé sous tous ses modes. Le pouls est à 88 ; les bruits du cœur sont clangoreux. Elle se relève la nuit pour uriner. Ses oreilles sont le siège de bruits subjectifs, qu'elle traduit par des onomatopées : « tac-tac », « hou-hou-hou », ou qu'elle compare à celui d'une machine à vapeur. Autant de raisons pour soupçonner chez elle l'existence de processus scléreux intéressant en particulier le rein et l'appareil auditif.

Mais la multiplicité, l'intensité des troubles cénesthésiques, qu'elle n'a cessé de nous signaler durant les trois mois (juin-août 1908) que nous l'avons suivie, ne semblent pas trouver en cet état organique, pour vraisemblable qu'il soit, une justification suffisante. C'est ainsi que, outre les bruits subjectifs que nous avons signalés, et qui peuvent relever d'une lésion périphérique, elle éprouve, du côté auditif, des impression d'un tout autre ordre ; ou bien il lui semble que ses oreilles se bouchent ; elles les agite alors, y introduit le doigt et tout rentre dans l'ordre ; ou bien les bruits diminuent, mais elle accuse une sensation de feu dans le conduit auditif.

C'est de la tête qu'elle souffre et se préoccupe le plus. Craquements internes (Ma tête ne fait que craquer), pesanteur et consriction intolérables sur le front et le périmètre céphalique (Quelque chose m'enserre ; on dirait que j'ai sur la tête un poids de 25 kg.), feu intérieur, tout l'induit à croire que sa tête n'est plus comme autrefois. Elle explique mal le caractère de ses troubles. Tantôt elle insiste sur les douleurs qu'elle éprouve, qui diffèrent essentiellement de ses migraines antérieures et sont beaucoup plus intolérables ; tantôt, c'est une désagréable impression de gêne et d'énervement qu'elle souligne de préférence et qu'elle met au premier plan. Au ventre, en revanche, les sensations seraient nettement douloureuses ; elles n'ont heureusement duré que quelques jours. Mais durant ce temps, on eut dit que « son ventre s'en allait ».

Il n'est pas au reste de région de son corps qui soit indemne de souffrances de même ordre. Sa colonne vertébrale est très douloureuse. Ses pieds, ses omoplates, sont quelquefois comme du feu. Elle a des picotements dans les mains, des fourmillements dans les jambes. Après les repas, elle éprouve à la hauteur de l'estomac une douleur transfixante. Nul doute qu'elle n'ait des craquements articulaires, son compagnon d'existence les a entendus, mais elle les amplifie considérablement . « Les craquements sortent de partout, par les oreilles, les pieds, les mains. Elle est sujette à des palpitations souvent doulou-

reuses et un accès de tachycardie passagère et relative lui suffit un jour pour déclarer qu'il nous faut l'ausculter, qu'il se passe dans son cœur « des choses extraordinaires ». Seule de toutes ses fonctions organiques, la respiration paraît s'effectuer sans encombre.

Depuis trois ans, un mouvement d'oscillation, que nous ne pouvons constater, déplace son corps d'avant en arrière. Nuit et jour ses jambse sont animées de mouvements involontaires. Elle est devenue maladroite et laisse tomber les objets. Ces troubles, joints à ses tendances syncopales, la gênent dans son ménage, dont elle continue à s'occuper.

Tous ces renseignements nous sont donnés avec une scrupuleuse minutie. Quand la comparaison, la métaphore ne semblent pas assez expressives, le geste abondant et facile vient localiser et matérialiser, pour ainsi dire, la sensation. Le ton se fait volontiers dramatique et quelquefois déclamatoire.

Elle est énervée et dort très difficilement, d'un sommeil coupé de cauchemars. Elle rumine la nuit une foule d'idées pénibles, les ennuis et les tristesses de sa vie présente. A toute heure elle se préoccupe de son état qu'elle ne comprend pas, s'épuise à en rechercher les causes : Sont-ce les excès de café qu'elle a commis ? L'abus du tabac ? L'unique bouffée qu'elle a tirée dernièrement d'une cigarette, lui est montée à la tête et l'a pour ainsi dire grisée, mais ses troubles ne se sont pas modifiés ? Est-ce l'ammoniaque qu'elle prenait pour ses migraines ? Est-ce la bile ? Car, avant d'être malade, elle en vomissait tous les matins. Est-ce l'alcoolisme – Elle n'a jamais bu. Est-ce l'hérédité ? Ses parents n'ont jamais rien eu de semblable.

Si elle ne parvient pas à arrêter dans son esprit la cause de son mal, elle semble, par contre, beaucoup plus affirmative sur les modifications physiques qu'il a entraînées. Il se passe dans son cœur, nous l'avons déjà vu, des choses extraordinairse, sa tête ne semble plus comme autrefois, elle aurait juré que son ventre s'en allait. Mais il y a plus, et il lui arrive de s'avancer davantage et d'aboutir aux convictions délirantes. Une des dernières fois où nous l'avons interrogée, quelque chose, elle ne savait quoi, bouillait dans son ventre et dans sa poitrine et lui occasionnait un insupportable malaise. Une poche d'eau, semblait-il, s'était formée dans la région cardiaque, d'où, à certains moments, elle remontait pour l'étouffer. Il y avait quelque chose, elle en était sûre, car elle le sentait et l'entendait. Peut-être une opération était-elle nécessaire. Ne sommes-nous pas ici à la frontière des délires de zoopathie interne ?

Donc, cette cénesthopathe aboutit par instants aux convictions délirantes. D'où un premier problème : celui

des rapports de la cénesthopathie et des délires hypocondriaques. Y a-t-il lieu d'établir entre eux une distinction d'espèces ou n'y faut-il pas voir plutôt deux variétés d'un même état morbide, les cénesthopathes étant de petits hypocondriaques et les délirants hypocondriaques de grands cénesthopathes ? Ce problème ne recevra, semble-t-il, sa solution que lorsqu'une observation clinique approfondie aura précisé nos connaissances sur l'interprétation, son rôle dans la perception et le moment de son intervention.

D'autre part, cette malade présente de nombreux signes objectifs d'artério-sclérose qui la rapprochent de la malade dont Maillard a donné l'observation à la fin de son rapport. D'où ce second problème : faut-il considérer que les symptômes subjectifs de l'artério-sclérose peuvent, en faveur d'une susceptibilité particulière du sujet, emprunter l'apparence clinique de troubles cénesthopathiques et qu'il s'agit d'une cénesthopathie secondaire, ou, au contraire, qu'artério-sclérose et cénesthopathie évoluent parallèlement, sans qu'il soit permis d'affirmer entre elles aucun lien de cause à effet ? Ici encore, l'observation clinique ultérieure permettra seule d'élucider la question.

M. Ernest Dupré (de Paris). — M. Maillard a donné à entendre que la douleur serait un phénomène intellectuel, tandis qu'elle n'est jamais qu'un phénomène de sensibilité.

Elle peut être, il est vrai, amplifiée, dénaturée, interprétée faussement par certains sujets, au premier rang desquels figurent ceux que nous avons appelés des cénesthopathes. Lorsqu'à cette cénesthopathie s'ajoutent des réactions morbides de l'imagination, le tableau clinique est encore plus saisissant.

En voici un exemple que j'ai étudié avec mon élève, M. Logre :

Une femme de 48 ans, déséquilibrée de la sensibilité et de l'imagination, atteinte de dyspepsie chronique et de salpingo-ovarite double, a présenté, à l'âge de 46 ans, et au décours d'un état de dépression psychique contemporain de la ménopause, des troubles de la cénes-

thésie considérablement exagérés par la réaction morbibe de l'imagination.

D'abord, sensation de dilacération, de hersage, au niveau des ovaires, qui sont en « capilotade ». Chaque jour, nouveau supplice : amputation des cuisses, torsion de l'estomac, dislocation de la colonne vertébrale, etc. La malade répète : « *Ils* me torturent. *Ils* me font mourir. » Si on lui demande : « Qui, *ils ?* » elle répond : « Je ne sais pas, c'est une manière de parler. » Bientôt, elle déclare qu'elle est habitée par des êtres vivants, dont elle dit percevoir les griffes et les dents. Ayant rêvé que les lions la dévoraient, elle attribue aux lions les blessures qu'elle ressent. Les jours suivants, elle décrit des tigres des chacals, des loups. Elle dit : « Ma ménagerie. » Puis, la ménagerie se complique d'une « quincaillerie » ; les animaux, pour la torturer, mettent en œuvre toutes sortes d'instruments : roulettes, navettes, scies, couperet, etc.

Ils taillent et découpent ses organes qu'ils réduisent à l'état de « brindilles très minces ». Parfois, dans leurs déplacements, ils cherchent à passer de l'abdomen dans la poitrine, à travers un orifice trop étroit, et c'est ainsi que la malade explique son angoisse.

Ils l'étranglent, ils la trépanent ; elle entend très distinctement le grincement des scies et les coups de marteau ; ils soulèvent jusqu'au plafond sa tête emmanchée sur la colonne vertébrale ; ils étirent sa peau jusqu'aux murs de la chambre. Son ventre contient encore des homards, des coquillages de formes rares et variées qu'elle peut décrire, des légumes, etc.

La malade raconte avec complaisance, et souvent en souriant, ses terribles supplices. Lorsqu'on lui demande si elle croit à la réalité des animaux qu'elle décrit dans son ventre, elle répond : « Je crois que c'est une invention de mes nerfs. Et cependant je les vois, comme je vous vois. »

Elle dit qu'elle « souffre infiniment plus chaque jour ». Elle réclame de la morphine, reste confinée au lit, se prive de nourriture « pour ne pas exciter les animaux », etc. Les douleurs sont « plutôt sourdes que vives, mais continues et intolérables »,

Evolution chronique : depuis deux ans, malgré l'intercurrence d'émotions violentes, telles que la mort de son mari, aucun changement dans son état.

Le thème général de la fabulation persiste.

En résumé : cénesthopathie générale, à prédominance abdominale, amplifiée par l'imagination. La malade fabule

par voie de comparaisons, de descriptions et de récits, suivant un thème fantastique qui, malgré son invraisemblance, s'impose à son esprit, non comme un syndrome hallucinatoire ou délirant, mais comme un syndrome à base de représentations mentales vives, produit complexe des troubles de la cénesthésie et de l'imagination.

M. André Léri (de Paris). — La douleur a été considérée à tort comme un phénomène intellectuel. L'erreur vient de ce que l'on a étudié comme un phénomène unique la sensation douloureuse et l'interprétation de cette sensation : or, l'interprétation seule est un phénomène cérébral. La preuve en est donnée par deux variétés de constatations cliniques :

1° Dans les cas de soi-disant hémianesthésie cérébrale, il n'y a pas d'hémianesthésie véritable, complète et persistante, il n'y a qu'une sorte d'agnosie sensitive : le malade a conservé la sensation douloureuse, mais il en a perdu le pouvoir d'interprétation, il ne sait plus ni le siège de l'excitation, ni la nature de l'excitant. Par exemple, quand on le pince au niveau d'une jambe, il geint et se lamente, il se plaint de souffrir, mais il localise sa douleur en un point quelconque du corps et le plus souvent souffre sans pouvoir fixer aucune localisation ; de plus, il interprète le pincement de façon très variée, comme un broiement, comme une piqûre de punaises, comme un rhumatisme, etc... Seules ces notions de nature et de localisation de la douleur sont un phénomène cérébral ; elles sont seules abolies quand les voies sensitives sont interrompues dans le cerveau.

Cette distinction capitale entre la sensation et l'interprétation explique la divergence des résultats observés par les physiologistes d'une part, par les neurologistes d'autre part : les physiologistes avaient vu qu'à la suite d'ablations de portions du cerveau chez le chien les sensations douloureuses étaient diminuées, mais non abolies ; les neurologistes avaient cru constater qu'à la suite de certaines lésions cérébrales, la douleur disparaissait dans le côté opposé du corps. En réalité, la divergence vient de ce que chez le chien on ne peut guère contrôler que les sensations elles-mêmes, alors

que chez l'homme on jugeait ces sensations par leur interprétation.

2° Chez un anencéphale, nous avons pu observer des manifestations nettes de douleur (cris, agitation, etc...) qu'il n'est guère possible, vu leur intensité et leur prolongation, de considérer comme de simples mouvements réflexes : or, le cerveau n'existait pas. D'ailleurs, les sensations douloureuses étaient provoquées non seulement par l'excitation des membres, mais même par l'excitation de la face dont les nerfs sensitifs ne communiquaient avec aucun centre nerveux.

De par ces deux variétés de constatations anatomo-cliniques, il nous paraît indispensable de séparer nettement à l'avenir la sensation doulouseuse de son interprétation ; celle-ci seule est un phénomène cérébral, et à plus forte raison un phénomène intellectuel, puisque la sensation douloureuse persiste en l'absence du cerveau et puisque, dans les lésions cérébrales, seule l'interprétation de ces sensations (notions de localisation et de nature) est entièrement abolie.

M. Roger Dupouy (de Paris). — Notre désir est beaucoup moins de critiquer le rapport du Dr Maillard que d'exposer certaines idées sur les douleurs psychopathiques en abordant la question au point de vue un peu différent de celui envisagé par le rapporteur.

La douleur est essentiellement un phénomène de sensibilité. C'est un attribut affectif qualifiant une sensation ou un sentiment. Nous pouvons ainsi ressentir deux variétés de douleurs : un sentiment de douleur morale lié à une émotion pénible ; un sentiment de douleur physique lié à une perception externe ou interne. Laissons de côté, puisqu'il n'en a pas été parlé, la douleur morale provoquée par un sentiment, délirant ou non, d'incapacité, de ruine, d'indignité, de déshonneur, etc..., de même que la souffrance causée par le mécontentement de nos besoins physiologiques (et dont l'origine, chez certains hypocondriaques par exemple, peut être uniquement psychique), et ne considérons que le sentiment de douleur physique.

La plupart de nos perceptions, tout au moins dans le domaine de la sensibilité générale, devient douloureuse lorsque l'intensité de l'excitation dépasse un certain coefficient (bruit trop aigu, vision trop brillante, contact trop violent, température excessive...). La douleur, dit Ribot, est le résultat d'une sommation ; c'est aussi, pouvons-nous ajouter, une réaction de notre organisme à un processus anormal d'excitation, pouvant porter atteinte à sa vitalité ou à son fonctionnement.

Nous ne devons nous préoccuper en ce moment que des douleurs spychopathiques. Or, si la douleur physique peut être considérée comme le résultat d'une dysharmonie entre l'impression déposée sur nos appareils de sensibilité et le degré de résistance sensible de ces mêmes appareils, il s'ensuit que les douleurs psychopathiques se classent théoriquement en deux grands groupes, suivant que la psychopathie augmente la susceptibilité de la sensibilité (hyperesthésies psychiques), ou crée par un intermédiaire quelconque une excitation anormale. Dans le premier cas, ce sont les forces subjectives de la sensibilité qui sont diminuées ; dans le deuxième, c'est l'objet qui est ou plutôt *paraît* trop brutal. Souvent d'ailleurs, il faut l'avouer, les deux mécanismes sont en jeu à la fois.

Comme toutes les facultés, la sensibilité s'aiguise et s'affine par l'entraînement. Les malades dont l'attention est accaparée par le souci hypocondriaque de leur cénesthésie arrivent à percevoir des sensations dont la ténuité échappe aux normaux. Or, ces sensations, réelles et physiologiques, mais dont le degré de conscience a été pathologiquement haussé, prennent la teinte générale du délire ou des préoccupations et sont dotées de caractères qu'elles ne devraient pas avoir : elles sont enregistrées comme des sensations pénibles et douloureuses, à la faveur du double mécanisme de l'attention hyperesthésiante, et de l'interprétation délirante. Cessant d'être indifférentes, elles deviennent, pour ainsi dire naturellement, pénibles, angoissantes et douloureuses. Il ne faut pas oublier au surplus que nos sensations internes, non représentatives, sont presque uniquement

affectives. Les douleurs cénesthopathiques, ou plus exactement les perceptions cénesthésiques pénibles, de certains cénesthopathes doivent rentrer dans ce cadre des hyperesthésies cénesthésiques psychopathiques. Pour les autres, il faut admettre l'existence d'une lésion nerveuse des conducteurs ou des centres de la cénesthésie créant une dyscénesthésie partielle ou générale comme les lésions (névritiques ou tabétiques par exemple) des conducteurs ou des centres des autres modes de sensibilité créent les autres variétés de dysesthésies : ce ne sont plus alors des douleurs psychopathiques, mais neuropathiques.

L'émotion, d'autre part, avive la sensibilité, soit d'une façon générale, soit en particulier. Les anxieux, mélancoliques ou obsédés, ont une sensibilité si fragile que la moindre impression physique ou morale leur devient douloureuse. Le bruit le plus faible leur est pénible, l'attouchement le plus léger les blesse physiquement comme il les effraie moralement. Ces malades ressemblent à ces opiomanes dont la susceptibilité sensorielle devient si délicate qu'ils perçoivent d'infinitésimales impressions et qu'une impression normale occasionne un ébranlement horriblement douloureux de leur système nerveux.

L'émotion anxieuse peut s'exercer non plus de manière générale et continue, mais électivement et très momentanément, à l'occasion par exemple d'un accident et de préférence chez les déséquilibrés de l'émotivité et chez les hystériques. La genèse de la douleur reconnaît le plus souvent en pareil cas une hypersensibilité de nature anxieuse et une illusion sensorielle ou sensitive interne. L'exemple de Bennett est bien connu. A la suite d'un faux mouvement, un boucher resta suspendu par le bras au crochet de son étal ; on le dégagea terrifié, poussant des cris affreux, se plaignant de souffrir cruellement : or, le crochet n'avait pénétré que dans le vêtement et le bras était indemne.

Les douleurs par associations organo-psychopathiques relèvent volontiers d'une hyperesthésie illusionnante. Nous entrons directement par cette voie dans le domaine des douleurs psychopathiques de la deuxième catégorie ; la sensa-

tion est perçue comme émanant d'une impression exagérément puissante. Ce trouble de la perception est le résultat d'une illusion. Les exemples d'illusions douloureuses sont nombreux. L'individu sur qui on simule une opération, un coup de bistouri ou une pointe de feu, souffre très sincèrement, malgré que sur une peau saine on promène le dos d'une lame ou un cautère éteint. La peur, l'anxiété, l'attente de « l'écorché » sont les agents provocateurs de l'illusion dolorifique. Ceux-là en sont le plus facilement victimes qui sont plus prédisposés à l'auto ou à l'hétéro-suggestion pithiatiques.

A côté de la fausse perception d'un objet réel, nous devons placer les perceptions imaginaires, hallucinatoires, et les représentations mentales. L'hallucination se comporte comme une perception normale : elles est dotée des mêmes attributs que celle-ci et, par conséquent, elle peut se manifester sous une forme douloureuse. Les hallucinations tactiles ou cénesthésiques des persécutés, des hypocondriaqes, des possédés, des intoxiqués..., présentent fréquemment ce caractère.

Quant aux représentations mentales, elles peuvent être volontaires ou automatiques. Les premières, image d'un objet antérieurement perçu (souvenir) ou produit élaboré par une imagination créatrice, sont parfois suffisamment vives, précises, animées pour figurer la réalité ou mieux pour se poser en hallucinations volontaires (pseudo-hallucinations de Kandiusky). Elles possèdent alors les mêmes propriétés que l'hallucination elle-même et notamment la possibilité de provoquer un sentiment de douleur. La représentation d'un supplice imaginaire que nous nous supposerions appelé à subir, l'évocation d'une douleur anciennement éprouvée font naître ou revivre ce sentiment. Rappelons à ce sujet ce que disait Louis Lambert (cité par J. P. Falret) : « Si je pense à l'effet que produirait la lame de mon canif en entrant dans ma chair, j'y ressents tout à coup une douleur aigue comme si je m'étais réellement coupé ; il n'y a de moins que le sang. »

A.cette variété de douleurs psychopathiques appartien-

nent encore les douleurs par idée fixe, prévalente ou obsédante, de certains paranoïaques, la douleur pithiatique, également par idée fixe, des accidentés du travail et de certains hystériques : « Je dois souffrir, donc je souffre ».

A la suite de la douleur par représentation mentale volontaire se classe d'elle-même la douleur par représentation mentale automatique (rêve, rêverie) : c'est la douleur onirique.

Doit-on enfin admettre des douleurs-hallucinations, des hallucinations uniquement composées de l'élément douleur ? L'on sait que Mobius, dans le syndrome qu'il a décrit en 1891, l'akinesia algera, utilise ce terme de *douleurs-hallucinations*. Oppenheim, de même, parle de psychalgies et Ribot d'hallucinations affectives. La douleur, en réalité, ne saurait exister seule, sans aucun substratum ; elle ne peut que se greffer sur une sensation ou une perception externe ou interne, mais dont le point de départ objectif est réel, hallucinatoire ou supposé.

En résumé, la douleur physiologique étant un attribut affectif se superposant dans certaines conditions à une perception, parfois au point de la masquer complètement, la douleur psychopathique peut venir compliquer une image quelconque vraie ou fausse, suivant un mécanisme différent relevant tantôt d'une hyperesthénie psychique, tantôt d'une illusion, tantôt d'une hallucination, tantôt enfin d'une interprétation ou d'une représentation mentale.

Le diagnostic de la variété de douleur psychopathique est d'ailleurs des plus délicats. Voici, en exemple, un cas que j'observe en ce moment dans mon service à Charenton et qui prête volontiers à discussion :

Mme M... est actuellement âgée de 49 ans. C'est une persécutée hallucinée, se plaignant de ce qu'on veut lui faire du mal, la laisser mourir de faim, la tuer, etc... Elle entend de nombreuses voix, masculines et féminines, connues ou inconnues, qui l'invectivent et la menacent. Mais ce n'est pas l'histoire de son délire de persécution qui nous intéresse, c'est celle des « douleurs que lui provoque, à son dire, le déplacement du sang. »

Mme M... passe toutes ses journées au lit, accroupie en tailleur. Elle

se refuse à en sortir, encore plus à mouvoir ses jambes et à marcher. Quand elle essaie, elle ressent d'épouvantables douleurs, qui la font hurler. Ces douleurs apparaissent, en outre, spontanément, au niveau de la région lombaire, de l'abdomen, mais surtout des membres inférieurs. Et à certains jours, elle fait retentir la salle où elle est couchée de cris de douleurs perçants et tellement aigus que toute la maison les entend.

L'examen neurologique ne révèle rien : pas d'amyotrophie, pas d'hyperesthésie cutanée, pas de troubles importants des réflexes (mais seulement une légère exagération des réflexes rotuliens et une diminution des cutanés plantaires) ; il n'y a pas de tumeur, pas de tabes, rien enfin qui nous permette de découvrir une raison organique à ces douleurs.

En revanche, nous faisons cette remarque que les crises douloureuses s'accompagnent toujours d'un paroxysme anxieux et hallucinatoire. L'esprit de la malade est envahi par ses idées délirantes et ne peut se fixer sur aucune autre ; l'interrogatoire est impossible, les seules paroles qu'elle prononce, stéréotypées en ces moments, ont trait à son délire de persécution et à ses hallucinations auditives.

Certains autres jours, au contraire, Mme M... est calme, paisible, répond docilement, aimablement à nos questions ; ses réponses sont parfaitement appropriées, elles sont enjouées et dénotent une conservation relativement bonne de sa mémoire. Alors nous obtenons d'elle qu'elle se laisse examiner, palper, fléchir et étendre les jambes, percuter le talon, chercher les réflexes, etc.; nous arrivons même à la faire lever et marcher devant nous : pas de troubles de la marche, ni claudication, ni faux pas, mais au bout de peu de temps, angoisse, coloration violette de la face, crispation des membres ; Mme M... se cramponne à une chaise, s'accote à un mur, refuse de continuer à marcher, se plaint de souffrir et se met à crier, à hurler d'horrible façon. Il est inutile d'insister : elle est retombée dans un de ces paroxysmes délirants dont nous avons parlé tout à l'heure. Elle est anxieuse et hallucinée ; on ne peut plus l'interroger, encore moins l'examiner.

Enfin, nous devons ajouter que parfois spontanément, cette malade se meut dans le dortoir, marche et court sans manifester la moindre gêne motrice, la moindre douleur, la moindre appréhension.

Le diagnostic de douleurs psychopathiques est posé ; nous pouvons, je crois, affirmer le caractère et l'origine mentale de ces algies, mais à quelle variété appartiennent-elles, hallucinatoires, pithiatiques, paranoïaques ou obsédantes ? Sont-ce des douleurs d'akinesia algera, des douleurs-hallucinations, ou bien des douleurs par représentation

mentale obsédante et phobique ? — L'histoire clinique de Mme M... est à ce point de vue des plus curieuses.

A 20 ans, elle accouche pour la première fois. A la suite de son accouchement, elle doit rester alitée quelque temps, en raison de manifestations douloureuses dans les membres inférieurs (douleurs de phlébite, de varices ?), qui l'immobilisent. L'amélioration ne tarde pas à se manifester et bientôt elle remarche normalement et reprend ses occupations.

A 23 ans, deuxième accouchement, et nouvelle « paralysie douloureuse » des jambes. Depuis ce moment, elle cesse de marcher, demeure confinée au lit ou se traîne péniblement avec une chaise ou sur une petite voiture. Des consultations nombreuses interviennent : tous ceux qui la voient, Charcot en particulier, portent le diagnostic d'hystérie et de staso-basophobie.

En 1889, à 27 ans, son mari l'abandonne pour vivre avec une autre femme : il y eut depuis séparation de corps et en 1905, divorce. La malade eut un gros chagrin de cet abandon. Elle affectionnait son mari, et toujours attendait son retour. Elle se mettait sur son passage dans sa petite voiture, et espérait qu'il reviendrait.

En 1903, son père meurt ; nouvelle source de chagrin pour elle. De cette époque date le changement de son caractère ; elle entre en de violentes colères, elle se met à pousser des cris, à frapper les siens plus ou moins violemment. Elle se croit persécutée par sa mère, par ses enfants et se montre nettement hallucinée. Cet état s'aggrave encore à la faveur d'une nouvelle émotion engendrée par le mariage de sa fille, et l'on est obligé de l'interner (octobre 1908), tant sont aiguës et incessantes ses vociférations déterminées encore une fois, d'après les dires de la malade, par des douleurs intenses au niveau des jambes, du tronc ou de l'abdomen.

Telle est notre malade. Nous n'avons pas la prétention de repousser un diagnostic posé par des maîtres éminents et nous admettons sans discussion que Mme M... a été atteinte, il y a quelques 25 ou 30 ans, de staso-basophobie. Mais les douleurs dont elle se plaint aujourd'hui et dont le caractère psychopathique nous paraît évident ne semblent pas devoir appartenir à ce syndrome, mais être au contraire liées à un délire hallucinatoire de persécution qui a évolué chez une ancienne obsédée. Il s'agirait, croyons-nous, d'une variété très particulière d'hallucinations combinées. Les hallucina-

tions auditives incessantes mais paroxystiques de notre malade réveilleraient à certains moments le souvenir des premières douleurs, phlébitiques ou variqueuses provoquées par le premier accouchement, et feraient ainsi naître le sentiment douloureux, ou plus exactement elles se combineraient par un mécanisme complexe de représentations mentales, de souvenirs anciens, d'appréhension phobique et d'interprétation délirante, à des perceptions cénesthésiques pénibles, elles-mêmes d'origine psychopathique.

M. Rayneau (d'Orléans). — M. Maillard a fort bien mis en lumière que, chez la plupart des malades qui souffrent de douleurs psychopathiques, la douleur est déterminée par une *auto-suggestion* due à l'attention exagérée qu'ils apportent au jeu de leurs divers organes. Les douleurs sont bien, comme il le dit également, des sensations étranges et pénibles, angoissantes par cette étrangeté, plutôt que douloureuses au sens physiologique du mot. Elles ne correspondent pas à des phénomènes sensoriels ordinaires, et c'est pourquoi les malades emploient toutes sortes de comparaisons et d'images pour essayer de les faire comprendre, tout en se rendant compte qu'ils ne peuvent arriver à expliquer ce qu'ils ressentent. Ce sur quoi ils insistent particulièrement, c'est l'état d'*angoisse* par lequel ils passent lorsque ces douleurs se font sentir, répétant sans cesse qu'ils préféreraient cent fois ressentir une douleur vraie, plutôt que ces troubles si particuliers.

Ce qu'il me semble capital de faire remarquer aussi, c'est que ces malades sont avant tout des *émotifs*, et qu'une sensation suffit parfois pour faire éclore ces douleurs psychopathiques.

Une malade que je viens d'observer me fournit la preuve de ce que j'avance. Comme je m'efforçais de lui démontrer que l'idée créait souvent chez elle la sensation douloureuse, elle se récriait en m'assurant que ses différentes douleurs n'étaient pas le fait de l'imagination, mais elle les attribuait à sa grande impressionnabilité.

Pour me donner un exemple de cette émotivité, elle me

raconta que la veille, se trouvant à coudre auprès d'une table, elle avait laissé tomber un peloton de fil. Elle se baissa aussitôt pour le ramasser comme mue par un réflexe. Quand elle se releva, elle s'aperçut que son œil avait frôlé l'angle de la table, et qu'il lui eût suffi de passer plus près d'un centimètre pour s'éborgner. L'émotion du danger couru fut si forte qu'elle ressentit immédiatement dans l'œil qui avait échappé à l'accident une douleur extrêmement violente qui persista pendant plus de deux heures.

Si j'ai cru devoir citer le cas de cette malade, c'est parce qu'il me paraît bien indiquer le rôle capital que joue l'émotion dans l'éclosion des douleurs psychopathiques.

M. Binet-Sanglé (de Paris). — M. Maillard, dans son intéressant rapport, a tenu à demeurer sur le terrain clinique. Il n'a point abordé la physiologie pathologique du symptôme qu'il étudiait. Pourtant, la question a bien son importance, car nous ne sommes efficacement armés contre un phénomène morbide qu'autant que nous en connaissons le mécanisme. Ce mécanisme, nous avons le devoir d'essayer de le découvrir, au risque même de nous tromper.

Il faut tout d'abord nous demander ce qu'est la douleur.

La douleur est une sensation, ou plutôt on désigne sous le nom de douleur tout un groupe de sensations. Ces sensations ont un caractère commun, mais elles n'en sont pas moins assez différentes l'une de l'autre pour que la langue française distingue les douleurs *pongitives*, *térébrantes*, *cuisantes*, *mordicantes*, *lancinantes*, *fulgurantes*, sans parler des divers malaises engendrés par les intoxications et les infections.

Or, qui dit sensation spéciale dit neurone sensoriel différencié. Il y a donc des neurones pour les diverses douleurs, des neurones *pathiques*. Ceci résulte avec évidence des faits suivants :

1° Chaque douleur est perçue après la sensation concomitante ;

2° Une même région peut être hyperesthésiée sans être hyperalgésiée et inversement ;

3° Une même région peut être anesthésiée sans être analgésiée et inversement ;

4° La cocaïne et le chloroforme suppriment la douleur tout en respectant la sensibilité tactile ;

5° La saponine supprime la sensation tactile tout en respectant la douleur ;

6° Dans la syringomyélie, alors que la sensibilité tactile est conservée, les sensibilités thermique et pathique sont abolies ;

7° Ces diverses sensibilités peuvent être exaltées, diminuées ou abolies séparément dans l'hystérie ;

8° Elles peuvent l'être artificiellement par la suggestion hypnotique.

La douleur a donc ses neurones sensoriels. La douleur résulte d'un excès de pression nerveuse dans des neurones spéciaux. Bien plus, j'ai la conviction qu'elle a ses neurones mnésiques. Ces neurones mnésiques, où se cliche la sensation douloureuse, sont l'origine de ces douleurs hallucinatoires, de ces douleurs en retour, de ces douleurs centrifuges que connaissent bien les chirurgiens et les dentistes et qui déterminent — Comte et Hallion l'ont montré à l'aide de leur plethysmographe digital — des réactions de même ordre que les douleurs centripètes.

M. Henry Meige (de Paris). — Le sujet du rapport de M. Maillard était particulièrement ardu : il l'a traité avec une netteté, une sobriété tout à fait méritoires. On lui a reproché d'avoir dit dans son préambule que la résistance à la douleur était fonction de l'intelligence. La lecture du contexte prouve que telle n'est pas sa pensée. Il a fait valoir en effet que les réactions à la douleur étaient naturellement variables suivant les sujets. Peut-être eût-il fallu insister davantage sur ces variantes.

A ceux, dont il a surtout parlé, et qui ont une tendance constitutionnelle à enregistrer leurs plus minimes sensations, à les amplifier, à les interpréter de façon erronée ou fantaisiste, il n'est pas sans intérêt d'opposer ceux qui se montrent indifférents, qui paraissent ne rien sentir, ceux

qu'on dit résistants ou inaccessibles à la douleur, sans parler de ceux qui, par une perversion singulière, recherchent la douleur par plaisir.

En d'autres termes, l'étude des douleurs psychopathiques pourrait s'éclairer par celle de certaines *analgésies constitutionnelles*, qui, elles aussi, peuvent être psychopathiques.

Il est certain, en effet, que l'appareil sensitif varie considérablement suivant les individus, comme varie l'appareil moteur. Les uns naissent avec une sensibilité plus exquise, et surtout avec un cerveau plus apte à enregistrer et à amplifier les sensations, même les plus banales ; d'autres, au contraire, semblent s'en désintéresser ; chez ces derniers, ce qu'on prend parfois pour du stoïcisme n'est que l'expression d'un état d' « indolence constitutionnelle », où la volonté de réagir contre le mal n'a rien à voir. Un dispositif anatomo-physiologique différent est la seule raison de ces divergences.

Mais il va sans dire que l'éducation est capable de modifier les réactions par excès ou par défaut aux sensations douloureuses. Celui qui est à l'affût de tout ce qu'il sent arrive vite à percevoir les nuances les plus délicates, il se complaît à les analyser et tend à les interpréter, très souvent dans un sens pathologique.

Inversement, on peut s'entraîner à supporter, à taire les sensations désagréables ; comme on dit, on se cuirasse contre la douleur ; c'est là le vrai stoïcisme, produit de la volonté. C'est alors que l'on peut dire que la résistance à la douleur est, pour parler la langue philosophique, fonction de l'intelligence ou de l'esprit.

Mais, d'une façon générale, les différences réactionnelles témoignent simplement de variantes congénitales dans l'appareil sensitif et notamment de la variabilité de la participation corticale dans la constatation et l'interprétation des sensations.

Et de même que certaines douleurs peuvent être considérées comme créées de toutes pièces par le cerveau d'un psychopate, de même des sensations vraiment doulourenses ne provoqueront aucune réaction chez un autre sujet,

atteint, lui, de cette sorte d'analgésie qu'on peut qualifier de psychopathique.

MM. Maurice DIDE et CARRAS (de Toulouse). — M. Maillard, dans son rapport intéressant et personnel, s'est volontairement placé sur le terrain de la pathogénie et nous l'y suivrons bien volontiers.

Parmi les douleurs, les unes, suivant lui (pithiatiques et paranoïaques) seraient vraiment psychopathiques, d'autres (cenesthopatiques) sont automatiques et résulteraient d'un défaut d'adaptation de l'être aux conditions du milieu, les autres (hallucinatoires) seraient secondaires. Mais il ne semble pas que cette énumération ait épuisé la liste des douleurs psychopathiques.

La *douleur morale* des états mélancoliques non délirants, où trouvera-t-elle sa place ? Si restreint qu'on fasse le rôle du ton effectif en psychiâtrie, il ne saurait être complètement négligé : il constitue un des éléments de la doctrine maniaque dépressive puisque avec des troubles psychologiques presque les mêmes, il conditionne des tableaux objectifs très différents. Les troubles de la cenesthésie peuvent, dans une certaine mesure, fournir un substratum à ces modifications du ton affectif, mais, outre que certains auteurs les considèrent comme secondaires, ces troubles diffus, d'une description clinique à peine ébauchée, qui en tous cas offrent avec les troubles du ton affectif un parallélisme absolu, sont nettement distincts de ceux qu'avec Dupré et Camus on décrit sous le nom de cenesthopathies.

En second lieu, il y a une série de douleurs qui empruntent à l'obsession leur caractère psychopathique, la douleur, même légitime, devient pathologique si elle est obsédante, *a fortiori* doit-on parler de douleurs psychopathiques quand, le motif étant futile, la réaction prend une allure de fixité pénible ; enfin, la douleur peut être entièrement conditionnée par l'obsession du mot, celui-ci n'ayant rien de pénible en lui-même et engendrant la douleur psychique par l'obsession.

Il est impossible que des manifestations douloureuses ayant l'importance psychopathique de celles que nous

venons de signaler aient été omises par le rapporteur ; c'est pour le mettre à même de nous dire où et comment il les classe que nous lui soumettons ces objections générales ; nous en présenterons maintenant d'autres de détail.

Comment la paranoïa (purement intellectuelle), peut-elle en dehors de l'hystérie créer un phénomène sensoriel et affectif comme la douleur ? Suivant que la paranoïa sera simple ou compliquée d'interprétations délirantes, la douleur (qu'elle ait un substratum réel ou cénesthopathique), pourra devenir simplement prévalente ou dans l'autre cas, être délirante. Mais la paranoïa et l'interprétation délirante créent si peu la douleur que la réaction peut n'être pas douloureuse : un interprétateur paranoïaque obsédé entend parler souvent du pont d'Empallot, où récemment une tentative de sabotage vient de se produire, ses interprétations sont presque toujours les mêmes et il croit que son interlocuteur lui conseille d'une façon détournée de se jeter à l'eau ; la réaction est généralement un état de tristesse extrême ; parfois, au contraire, elle est paradoxale et le malade éprouve des sensations voluptueuses. Nous croyons donc que la douleur peut devenir prévalente ou délirante chez le paranoïaque, mais qu'elle n'emprunte pas son caractère psychopathique à la paranoïa.

Réservant expressément les relations de l'état cenesthésique et du ton affectif, nous pensons que les cénesthopathies de Dupré et Camus peuvent être considérées comme des hallucinations cénesthésiques, puisque ce sont des perceptions sans objet. Le fait qu'elles sont conscientes les rend homologues de ce que l'un de nous avec Gassiot a décrit, d'après les observations de Séglas et les siennes, sous le nom de *psychoses hallucinatoires* et que Dupré a repris sous le nom d'*hallucinoses*.

Si notre conception prévalait, les cénesthopathies (type Dupré et Camus) deviendraient une modalité des douleurs hallucinatoires. Or, M. Maillard convient qu'en ce cas la douleur est nettement secondaire, nous ajouterons que la réaction « douleur » est contingente et tout le monde connaît les hallucinations à réaction hilarante, euphorique,

voluptueuse. Le phénomène psychopathique ici n'est donc pas la douleur, mais bien l'hallucination.

Les douleurs pithiatiques semblent bien avoir la pathogénie que leur assigne M. Maillard. Le terme « douleur psychogène » serait peut-être préférable parce que plus simple et impliquant que par définition, la douleur partant de l'identification complexe pour descendre à l'identification primaire, suit une marche psychique qui est probablement l'inverse des autres manifestations douloureuses. Mais ce serait là l'objet de trop longs développements pour que nous puissions même les ébaucher ici.

Nous proposons à cette note les conclusions suivantes :

Dans la douleur psychogène (pithiatique), le phénomène est psychopathique en ce qu'il est conçu avant d'être perçu.

La douleur dite morale paraît liée au ton affectif, à moins que lui-même ne soit sous la dépendance de modalités de l'état cénesthésique (ces modalités étant nettement distinctes des cénesthopathies type Dupré et Camus).

L'obsession est l'un des facteurs les plus importants pour donner à la douleur un caractère psychopathique, soit que l'idée douloureuse d'emblée accentue son caractère pénible du fait de l'obsession, soit qu'indifférente elle devienne douloureuse parce qu'obsédante.

La douleur, sans que son caractère psychopathique dépende des hallucinations, peut avoir ses perceptions sans objet pour cause prochaine, qu'elles soient auditives, visuelles gustatives, olfactives, génitales ou cénesthésiques.

La douleur peut prendre un caractère prévalent ou délirant, suivant que le porteur présentera une paranoïa simple ou accompagnée d'interprétations délirantes (illusions intellectuelles). La paranoïa ne conditionne pas la douleur, mais peut en modifier les manifestations.

La thérapeutique a surtout prise sur les douleurs à caractère obsédant, où la médication opiacée fait merveille parfois.

M. Picqué (de Paris). — En demandant à prendre la parole à propos de l'intéressant rapport de M. Maillard,

mon intention surtout est de discuter devant vous certains points de doctrine.

Mais je tiens tout d'abord à vous exposer les raisons pour lesquelles le chirurgien des asiles de la Seine prend position sur un semblable terrain.

Dès le début de ma pratique, j'ai pensé que le rôle du chirurgien devait se borner à pratiquer chez l'aliéné, la chirurgie d'après les indications ordinaires de la clinique ; le but humanitaire du traitement des maladies physiques chez l'aliéné, qu'avait entrevu Esquirol au commencement du siècle dernier est donc celui que j'ai envisagé tout d'abord.

J'ai souvent exprimé l'opinion que la meilleure manière d'être utile aux malades et de servir les doctrines, était de n'être le prisonnier d'aucune et de montrer tout au contraire, vis-à-vis d'elles, une parfaite indépendance.

Mais la pratique devait bientôt m'apprendre que la suppression d'un foyer pathologique était parfois susceptible d'aggraver l'état mental de certains aliénés.

Dès lors, en dehors des raisons purement chirurgicales qui pouvaient m'empêcher d'intervenir, je dus envisager des contre-indications opératoires d'ordre mental et par conséquent pénétrer dans le domaine de la psychiâtrie.

Je reconnus encore qu'à côté des précédents malades, il en est d'autres chez lesquels les troubles mentaux disparaissent sous l'influence de l'acte opératoire.

Alors, pour la première fois, se posa à mon esprit le passionnant problème des rapports des troubles mentaux avec les lésions périphériques.

Et c'est ainsi que la clinique, après m'avoir poussé vers la psychiâtrie, m'orienta du côté des doctrines.

Mais d'autres raisons me décidèrent encore à ne pas rester étroitement confiné dans la voie chirurgicale où je m'étais engagé tout d'abord.

J'ai, pendant de longues années, accumulé de nombreux documents. J'ai attendu 14 ans avant de publier les premiers, et ce n'est que 23 ans après le début de mes études sur les aliénés, que je me suis décidé à soumettre mes idées à l'épreuve d'une discussion publique.

Or, j'ai vu des Psychiâtres estimés de notre époque combattre avec une conviction inébranlable les origines extra-cérébrales de la folie.

A les entendre affirmer *a priori* que certains délires, comme les délires d'interprétation, échappent à la chirurgie, ou invoquer dans tous les cas la coïncidence pour expliquer les guérisons signalées après les opérations, j'ai compris que notre époque si résolument indépendante au point de vue scientifique, n'avait pu affranchir tous les savants, et que d'éminents esprits semblaient encore attachés d'une façon exclusive aux doctrines de la dégénérescence mentale et de la cénesthésie.

La question soumise au Congrès m'offre un terrain propice pour défendre la chirurgie des aliénés, directement menacée par ces doctrines qu'on lui oppose à chaque instant dans la pratique. — La cénesthésie de tend-elle pas, par son exclusivisme, à ruiner tout effort thérapeutique.

Et si mon intention est de l'envisager aujourd'hui devant vous, ce n'est vraiment pas pour opposer une doctrine à une autre, mais bien pour établir que chacune peut avoir sa place en psychiâtrie et qu'en tous cas, elles sont susceptibles de se compléter utilement.

Certes, comme praticien, je suis resté et resterai toujours en dehors des doctrines.

Mais je prétends ne pas abdiquer le droit d'envisager celles qu'on oppose à la chirurgie des aliénés, parce que je veux pouvoir discuter les conséquences qu'on en tire sur l'opportunité des opérations chez les aliénés et la valeur des résultats obtenus.

Et c'est ainsi que vous excuserez, je l'espère, le chirurgien soucieux d'une œuvre à laquelle il a consacré sa vie, de ne pas rester indifférent à des doctrines qui ne tendent rien moins qu'à retarder le moment, peut-être proche, où la chirurgie constituera une branche indiscutée de la thérapeutique des maladies mentales.

J'ai hâte maintenant d'arriver à la discussion du rapport de M. Maillard.

Notre Collègue y a abordé beaucoup de points intéressants

que je me garderai bien de discuter devant vous. La compétence me fait défaut sur la plupart d'entre eux.

Je voudrais cependant m'arrêter quelques instants sur la définition de la douleur en général, et sur le sens qu'il convient d'attribuer au terme douleur psychopathique, puis vous parler de la cenesthésie dans ses rapports avec la douleur, enfin vour présenter quelques observations sur les douleurs cénesthopathiques et le traitement auquel M. Maillard a consacré quelques pages de son rapport.

DÉFINITION DE LA DOULEUR. — Comme l'ont fait plusieurs médecins qui ont abordé ce sujet au cours du XIXe siècle, M. Maillard se défend de définir la douleur, et veut cependant nous en indiquer les caractères. Il insiste sur ce fait que celle-ci constitue un phénomène intellectuel. C'est d'ailleurs l'opinion de Ch. Richet, qui traitant la question en physiologiste et en philosophe, fait de la douleur une fonction intellectuelle et affirme ses tendances finalistes dans sa Théorie biologique de la douleur.

Envisageant d'autre part le côté clinique, notre collègue nous dit que la douleur est le symptome d'un état psychique anormal, d'un trouble dans la façon de sentir. Ainsi donc, il s'appuie sur l'opinoin des philosophes dans sa conception de la douleur à l'état normal, et de celle-ci découle sa définition clinique.

Certes, à envisager ainsi la douleur, M. le Rapporteur s'est laissé influencer par le titre même du sujet qui lui a été imposé par le Congrès. Il nous dit lui-même que sa définition s'applique à la douleur psychopathique. Or, j'en demande pardon à ceux de nos collègues qui ont choisi la question, mais la dénomination de douleur psychopathique comporte peut être un sens un peu trop restrictif, et en tous cas, conduit à n'envisager qu'une des variétés de la douleur qu'on peut observer chez l'aliéné, celle justement où le cerveau joue un rôle prépondérant.

Il eût été préférable à mon sens de choisir une dénomination plus large, qui permit d'englober toutes les modalités de la douleur, et d'ailleurs M. Maillard, après avoir défini

la douleur psychopathique est amené dans son rapport à les envisager toutes.

Quoi qu'il en soit, je crois, contrairement à ce qu'a dit notre collègue au début de son rapport, qu'il est indispensable, pour aborder utilement l'étude de la douleur, de la définir exactement et d'envisager en conséquence tous les éléments qui la constituent.

Or, il n'est pas possible de méconnaître dans la douleur la sensation qui est à sa base.

Les physiologistes en ont fait une étude attentive, et celle-ci a absorbé à ce point leur attention qu'ils ont longtemps méconnu l'élément cérébral qui s'y surajoute. A côté d'elle existe, en effet, un élément subjectif qui dépend du cerveau et qui en fixe la qualité ou la tonalité. Mais sans la sensation il n'existe pas de douleur, telle au moins que doivent la comprendre physiologiste et médecin.

La douleur morale à laquelle fait allusion Maillard sous le nom de douleur exclusivement intellectuelle, vise dans la conception des philosophes; des états de conscience dont l'étude n'a aucun rapport avec la question qui nous occupe. Or, le point de vue auquel doit se placer le médecin est encore bien différent du point de vue physiologique, et c'est là une distinction que j'ai indiquée dans mon étude « sur la douleur en chirurgie » et que je n'ai vu cependant signaler d'une façon précise par aucun des auteurs qui ont écrit sur ce sujet Pour le médecin, c'est la douleur pathologique qui doit faire spécialement l'objet de ses études.

La sensation qui est à sa base est toujours pathologique et non plus normale.

Alors que le physiologiste étudie la douleur dans ses divers éléments et dans ses fins, le médecin doit également l'envisager dans ses divers éléments, mais surtout dans ses origines, c'est-à-dire dans ses rapports avec la lésion pathologique qui la détermine. Aussi pourrons-nous, d'une façon générale, définir la douleur pathologique : « la conscience spéciale d'un trouble organique périphérique ».

En quoi donc maintenant la douleur chez l'aliéné va-t-elle différer de la douleur en général ?

Dans celle-ci, nous retrouvons encore à sa base une sensation pathologique. Le siège en est variable : il peut être périphérique ou cérébral.

Périphérique, son expression sera toujours différente, parce que le cerveau pathologique de l'aliéné a des réactions qui lui sont propres.

Tantôt celui-ci se bornera à altérer la qualité ou la tonalité de la sensation. Parfois, il pourra devenir le point de départ de réactions secondaires : c'est-à-dire qu'il interprétera les sensations ; l'interprétation sera le plus souvent pathologique ou délirante.

J'ai dit que la sensation pouvait avoir un siège cérébral ; c'est que le cerveau peut créer de toutes pièces une sensation pathologique : celle-ci sera dès lors cérébrale et non plus périphérique.

La notion de la cénesthésie et l'étude de ses troubles devient alors indispensable pour envisager toutes les variétés de la douleur, et c'est ainsi que M. Maillard est arrivé à en aborder l'étude.

De la Cénesthésie. — Dès le début de son exposé, M. Maillard rappelle qu'on a donné au terme cénesthésie des acceptions différentes. Tantôt, nous dit-il, la cénesthésie est considérée comme le sentiment qui accompagne l'exercice de toutes nos sensations, tantôt elle est synonyme de sensations internes.

Il voit dans ces divergences la preuve d'une confusion qui s'est produite entre deux ordres de phénomènes étroitement unis parce que les sensibilités internes plus que les externes, contribuent davantage, dit-il, au sentiment de l'existence et que celles-ci, laissent au premier plan le sentiment cénesthésique.

Or, la confusion que signale notre collègue n'est, à mon avis, qu'apparente, si tant est qu'elle existe. Il convient surtout de faire remarquer que le terme cénesthésie a été employé par les physiologistes, les philosophes et les pathologistes, pour exprimer des idées différentes.

Je demande la permission de rappeler devant vous quelques faits bien connus.

A l'état normal, toutes les extrémités sentantes se réfléchissent sur le cerveau et nous avertissent de l'état de nos organes et du fonctionnement vital.

Celles-ci fournissent les sensations cénesthésiques parmi lesquelles celles qui nous viennent des viscères par l'intermédiaire du grand sympathique, tiennent une place importante.

Ainsi donc, la cénesthésie constitue l'ensemble de toutes les sensations organiques normales.

Voilà l'acception physiologique du mot.

Or, à la sensation organique, le psychologue juxtapose le sentiment cénesthésique (sensation du moi). Ainsi se trouve constituée seulement la personnalité physique du sujet. La sensation ou l'ensemble des sensations est devenue la conscience organique, c'est-à-dire un sentiment, et c'est ainsi que la cénesthésie pénètre dans le domaine des opérations psychiques.

Or, la cénesthésie ne se bornerait pas aux sensations périphériques. Elle s'étendrait successivement à tout le fonctionnement cérébral et intéresserait non seulement la sensation, la perception, mais tout l'ensemble de notre personnalité psychique.

Le premier phénomène de conscience auquel la cénesthésie a donné lieu est dû à la synthèse des éléments primaires de la sensibilité, probablement par les voies d'association. Ainsi, elle ne comprendrait plus seulement quelques zones d'association : elle les commanderait toutes et la cénesthésie présiderait tout à la fois à la double personnalité physique et psychique du sujet.

C'est ainsi que Sollier a pu dire dans son rapport du Congrès de Genève « Sur le sens cénesthésique », que la cénesthésie ne serait que le sentiment de l'association entre nos états actuels et passés, c'est-à-dire de notre personnalité. Ainsi donc, à côté de la cénesthésie périphérique dont Cabanis, Bichat et Henle, se sont servis comme fondement de la psychologie expérimentale, vient se placer la cénesthésie cérébrale. Voilà la conception psychologique et l'hypothèse physiologique qui lui sert de base.

Mais nous devons envisager maintenant la notion de la cénesthésie en pathologie. A l'heure actuelle, les aliénistes étudient les troubles de la cénesthésie et y font entrer l'hypochondrie et toutes ses manifestations, au premier rang desquelles la douleur.

Mais les partisans de la doctrine des troubles cénesthésiques dans la pathogénie de l'hypochondrie n'admettent plus l'influence des sensations cénesthésiques d'origine périphérique.

La cénesthésie cérébrale persiste seule. Les sensations pathologiques proviennent uniquement du cerveau et sont projetées à la périphérie. Elles sont dès lors toujours subjectives et constituent pour Deny « des hallucinations organiques ».

Ce sont elles qui mettent en mouvement l'activité cérébrale : elles expliquent tous les délires hypochondriaques par les troubles d'ordre fonctionnel ou organique qui sont la conséquence de cette perversion.

L'hypochondrie constitue pour Deny une psycho-cénesthésio-pathie et notre distingué collègue admet que la théorie psychique traduite en langage physiologique rend actuellement le mieux compte de la genèse des états hypochondriaques.

Ainsi donc, à la base de ces délires existent des troubles primaires de la sensibilité organique et celle-ci peut être pervertie dans tous les cas, qu'il y ait ou non des lésions organiques. La douleur est alors un trouble primitif de la cénesthésie.

Or, lorsque M. Maillard, parlant de la douleur en général, nous dit qu'elle constitue un trouble de la cénesthésie et lorsque, pour préciser sa pensée, il nous déclare que le trouble cénesthésique est, dans les conditions habituelles, secondaire et déterminé par des sensations périphériques et somatiques, il émet une opinion justifiée par la physiologie, mais qui n'est plus en rapport avec la doctrine médicale. Je lui demande de s'expliquer sur ce point.

Pour ma part, je me suis toujours élevé contre la doctrine des troubles cénesthésiques, ou plutôt contre son exclusi-

visme, qui ruine à l'avance toute tentative thérapeutique et réduit alors la psychiâtrie, ainsi que je l'ai dit bien souvent, à une psychologie morbide sans applications pratiques.

J'admets bien que la cénesthésie répond à un certain nombre de faits et qu'en particulier les formules délirantes élevées de l'hypochondrie sont la conséquence de troubles cénesthésiques, caractérisés par des lésions primaires de la cervicalité, susceptibles d'entraîner des sensations subjectives et des troubles portant sur toutes les zones d'association (Délire cénesthésique de Janet).

Je pense toutefois qu'il est prématuré de baser sur la cénesthésie une doctrine générale et j'estime qu'il est nécessaire de conserver une place à la notion de la cénesthésie périphérique.

Si, à l'état normal, les sensations d'origine viscérale dues aux changements organiques et transmises au cerveau par le grand sympathique, y arrivent atténuées, parfois même ignorées, de même dans l'état pathologique, il est rationnel d'admettre que toute lésion siégeant sur ces viscères doit transmettre, par une voie identique aux mêmes centres cénesthésiques, des sensations pathloogiques qui entraîneront des troubles secondaires de la cénesthésie.

Mais comment ceux-ci pourront-ils agir sur les voies d'association ? C'est un point sur lequel je reviendrai dans un instant, à propos des douleurs chez les cénestopathes.

DOULEURS CÉNESTOPATHIQUES. — Je voudrais maintenant m'arrêter quelques instants sur le chapitre qu'a consacré M. le Rapporteur à l'étude des douleurs cénestopathiques.

Notre collègue Dupré, qui a spécialement étudié les cénestopathes, distingue deux catégories. Les malades qui constituent la première souffrent avant tout de troubles de sensibilité interne, bien qu'ils puissent avoir l'apparence des anxieux, des obsédés, des hypochondriaques et même des délirants.

Ceux de la deuxième présentent un vrai trouble mental : tantôt une ébauche d'interprétation, tantôt de petites idées délirantes, parfois un véritable délire.

A ce sujet, M. Maillard me permettra de lui poser une question qui me préoccupe depuis bien des années, parce qu'elle touche intimement aux points les plus controversés de la chirurgie des aliénés.

Notre collègue admet que la douleur du cénestopathe peut conduire au délire. Mais de quelle façon ? et je désire qu'il nous explique ce que dans son rapport il appelle « la réaction anormale du cerveau ». Selon qu'il admet ou non une modification préalable dans les zones d'association, il soulève une question de nosologie ou de doctrine.

En cas d'altération, les aliénistes ont peut-être le droit de lui dire que la deuxième catégorie de cénestopathes qu'il admet avec M. Dupré, n'est plus justifiée, et qu'elle doit rentrer dans un autre cadre. Mais je ne suis pas aliéniste, et je laisse à nos collègues le soin de le questionner à ce sujet. Quant à la possibilité d'une réaction sur un cerveau normal, elle soulève une formidable question et devant lui viennent se dresser tous ceux qui partagent la pensée philosophique contemporaine.

Si la psychologie normale est absorbée tout entière à notre époque, dans la physiologie, la psychologie morbide l'est de même dans la pathologie.

A l'état normal, l'activité cérébrale qui préside à toutes les opérations de l'intelligence est liée à des phénomènes physiologiques.

De même à l'état pathologique les troubles de la pensée, dans la conception actuelle, exigent des altérations morphologiques ou des modifications dynamiques.

Dès lors, si l'on réserve la question si délicate relative à la distinction à établir entre le délire et l'erreur sur un terrain normal, entre l'interprétation légitime et délirante, il est certain que lorsque la pensée est délirante, le cerveau ne peut y conduire à l'aide d'éléments normaux.

Quand il existe une lésion périphérique, on peut bien admettre que les modifications pathologiques indispensables peuvent n'être que temporaires et susceptibles de disparaître avec la lésion elle-même (terrain acquis de prédisposition). A ce point de vue, la chirurgie vient éclairer vive-

ment ce problème de psychologie morbide, en démontrant ce retour quasi immédiat à l'état normal de l'activité cérébrale, par la suppression d'un foyer pathologique.

Il ne saurait en être de même chez les cénesthopathes, chez lesquels la lésion périphérique n'existe pas, et je demande à M. Maillard de vouloir bien s'expliquer sur cette question, qui intéresse à un si haut degré non seulement la doctrine, mais l'avenir même de la chirurgie des aliénés en ce qui concerne particulièrement l'hypochondrie symptomatique.

Je voudrais maintenant envisager devant vous les cénestopathes ordinaires, ceux qui ont conscience d'un trouble périphérique, mais dont le cerveau est normal. Le sujet n'accuse dès lors aucune manifestation pathologique dans la sphère intellectuelle affective et volontaire. Le sentiment du moi est intact.

D'après M. Dupré lui-même, ce sont des anormaux de la sensibilité et non pas des délirants. Dans ces conditions, le malade est donc capable d'interpréter normalement une sensation périphérique et de la reporter à sa véritable cause dans le plus grand nombre des cas. Mais nous savons que chez ces malades l'aire de projection viscérale est, pour M. Dupré, primitivement intéressée.

Je me garderai bien de discuter l'opinion de notre distingué collègue, mais j'ai bien le droit de dire qu'il y a exagération à l'admettre dans tous les cas et qu'il convient alors d'étudier avce le plus grand soin les sensations invoquées par ces malades.

Or, cette étude est plus malaisée que semble le croire M. Maillard.

Il faut d'abord songer aux erreurs de localisation que les médecins, dans la pratique, commettent si souvent et qui tiennent ordinairement à l'ignorance des notions fondamentales de physiologie pathologique.

Je les ai récemment étudiées dans ma communication à l'Académie de Médecine, « sur la douleur en chirurgie ».

J'en ai du reste rapporté il y a peu de temps, à la Société de Psychiâtrie, un cas personnel dans lequel je m'étais moi-même lourdement trompé.

En dehors de ces cas, la recherche même du substratum organique de la douleur peut présenter toutes les difficultés habituelles de la clinique. Aucun procédé d'investigation clinique ne saurait donc être négligé pour arriver à la découverte de lésions localisées ou étendues à tout un système.

Dans le premier cas que M. Maillard nous soumet, notre collègue nous dit bien que l'examen le plus complet et le plus rapide n'a décelé chez sa malade aucune affection organique.

Je regrette toutefois qu'il ne nous ait rien dit sur le degré de tension artérielle et l'examen du sang et des urines.

Dans son dernier cas, notre collègue établit lui-même une relation de cause à effet entre la cénestopathie et l'artériosclérose, mais j'avoue ne pas comprendre les raisons pour lesquelles il fait néanmoins rentrer sa malade dans la classe des cénestopathes.

D'autre part, M. Maillard reconnaît qu'il peut fort bien exister dans les cas frustes des difficultés réelles de diagnostic.

Il nous cite les petits paranoïaques hypochondriaques, qu'on peut rapprocher d'ailleurs des cénestopathes, tant ils sont voisins, de l'aveu même de Dupré. Or, ils ont, nous dit-il, l'esprit toujours en éveil sur le fonctionnement de leurs organes et y découvrent des altérations imaginaires. M. Maillard pense alors que l'examen psychique complet mettra toujours en évidence l'origine des douleurs.

J'ai eu, pour ma part, bien souvent l'occasion de voir des malades de ce genre. Les troubles périphériques ne sont pas toujours imaginaires : parfois même ceux-ci alimentent le terrain hypochondriaque.

Or, je ne pense pas que l'examen psychique puisse suffire. et j'estime que la recherche du substratum organique, l'étude attentive des troubles fonctionnels, présentent, toutes choses égales d'ailleurs, une importance capitale. J'ai insisté sur ces divers points dans l'exposé de ma méthode chirurgicale en médecine mentale.

Dans un dernier chapitre, M. Maillard envisage la question du traitement.

J'avoue qu'elle me paraît bien simplifiée, après les considérations qui précèdent, et ce sera là encore pour moi une excuse des longs développements dans lesquels je suis entré.

Un malade accuse une douleur à la périphérie. Celle-ci a-t-elle une origine cérébrale ou périphérique ? Or, l'examen le plus attentif n'a pu déceler aucune lésion locale et l'on est en droit d'affirmer que la douleur est bien d'origine primitivement cérébrale. C'est la première catégorie invoquée par M. le Rapporteur.

Est-il besoin de dire avec lui que l'indication d'un traitement opératoire ne se pose même pas. Que pourrait-il être ?

M. le Rapporteur soulève la question des opérations simulées, qu'il rejette d'ailleurs.

J'ai moi-même insisté, devant la Société de Chirurgie, sur les inconvénients des opérations simulées. J'ai dit qu'elles étaient inutiles et irrationnelles. J'ai ajouté qu'elles étaient dangereuses au point de vue psychique, puisqu'elles fortifiaient les malades dans leur croyance.

Il n'y a pas lieu d'y insister davantage.

Dans une deuxième catégorie de faits, M. Maillard envisage des malades qui ont une douleur bien nettement cérébrale, mais qui présentent en outre, une lésion importante, comportant une indication opératoire. M. Maillard exprime alors l'avis qu'on peut opérer ces malades.

Ainsi présentée, la question paraît en effet comporter une solution très simple, et cependant je tiens à formuler les plus expresses réserves sur cette pratique qui conduit à opérer systématiquement toute une catégorie d'aliénés, conformément à l'opinion, erronée d'ailleurs, qu'avait autrefois exprimée Esquirol.

J'ai depuis longtemps émis l'opinion qu'aux indications opératoires ordinaires, on devait opposer des contre-indications d'ordre mental, et celles-ci constituent un vaste domaine de la chirurgie des aliénés.

A les méconnaître, on s'expose à ouvrir largement le chapitre des psychoses opératoires.

Il est évident qu'en présence d'une affection menaçant la vie à brève échéance, l'état mental devient négligeable.

Mais il n'en est plus de même dans le cadre de la chirurgie que j'ai appelée facultative.

Ici, l'indication opératoire mérite d'être discutée avec soin.

Nous devons contrôler les éléments qui la constituent par ceux que le malade vient nous fournir au point de vue cérébral.

Ceux-ci, en effet, peuvent contrebalancer ceux-là, et le chirurgien peut être amené à s'abstenir chez ces aliénés, même quand l'indication exclusivement opératoire semble parfaitement justifiée.

Prenons par exemple un fibrome utérin.

Les indications opératoires en ont été à notre époque très étendues, et l'on intervient, non seulement pour parer à des accidents immédiats, mais encore en vue d'accidents à venir.

En somme, l'indication prophylactique joue là comme ailleurs, un rôle très important. Il est certain que chez certaines aliénées, l'indication doit parfois être ramenée à ce qu'elle était autrefois, c'est-à-dire subordonnée à des complications intercurrentes d'une réelle gravité.

Mais quelle peut être, chez ces malades, la contre-indication mentale ?

M. Maillard admet qu'on peut intervenir quand la lésion paraît indépendante du trouble mental. Mais comment établir cette indépendance ? Est-ce, comme notre collègue le croit, quand le malade n'interprète pas sa lésion ?

Or, il peut n'exister chez lui aucune idée interprétative, et cependant la lésion présenter, avec le trouble mental, un étroit rapport.

Ce sont les cas où le trouble mental vient à modifier les sensations du malade au point de donner à l'affection une symptomatologie fonctionnelle anormale.

Nous rentrons alors dans la catégorie suivante, formée des cas intermédiaires qui, pour M. Maillard, sont les plus intéressants et les plus délicats à interpréter.

Ce sont ceux dans lesquels la douleur psychopathique paraît pour notre collègue liée à une lésion qui, par elle-

même, ne commande pas absolument une intervention, mais qui toutefois serait justifiée si elle pouvait faire disparaître les troubles douloureux.

Il cite le déplacement d'organes et en particulier celui de l'utérus.

C'est là, en effet, un exemple topique.

Il faut alors, dit-il, essayer dans ce cas de faire la part de ce qui revient au psychisme et à la lésion, et il ajoute que c'est là un point souvent très difficile et incertain.

Tel n'est pas notre avis et je crois, au contraire, qu'il n'est pas de situation plus facile à solutionner. Mais pour y arriver, il faut distinguer les troubles locaux plus ou moins modifiés par la psychopathie, comme il a été dit plus haut, du trouble mental qui s'y surajoute parfois. Or, si l'on envisage le trouble local, parfois c'est l'élément subjectif ou fonctionnel qui tient le premier rang et c'est lui qu'il convient d'étudier.

C'est, ainsi que je l'ai dit plus haut, un véritable problème de psychologie pathologique.

Il faut, pour le résoudre, faire le dosage des troubles subjectifs, c'est-à-dire établir les rapports de ceux-ci avec les symptômes objectifs. Si l'on vient alors à démontrer que les uns et les autres ne sont pas exactement superposables, on est en droit d'admettre que la symptomatologie fonctionnelle provient du cerveau et non de la lésion locale et que le psychisme joue chez ce malade un rôle prépondérant.

Soit un lipome par exemple situé au niveau d'un interligne articulaire, il peut gêner les mouvements et provoquer les douleurs.

Chez l'hypocondriaque, ces douleurs prendront un caractère d'acuité et d'irradiation tout à fait insolite.

Dans le plus grand nombre des cas actuels et précédents, il convient de s'abstenir, comme je l'ai montré dans une série d'observations personnelles.

Quant au délire d'interprétation, je ne peux naturellement formuler à l'heure actuelle d'opinion ferme. M. Maillard pense encore qu'en cas de petites interprétations, l'intervention peut être utile. Il faudrait au moins démontrer qu'en dehors des cas où l'interprétation est légitime et se

fait en terrain normal, il en existe où les lésions sont temporaires et susceptibles de disparaître sous l'influence d'une lésion périphérique.

En ce qui concerne les cas d'association organo-hystérique, M. Maillard nous dit que l'intervention a les plus grandes chances d'améliorer ou de guérir.

Ce n'est rien moins que toute la question de l'intervention chez les hystériques que soulève M. Maillard.

Je ne saurai l'aborder, tellement elle est vaste. Je me contenterai de rappeler la statistique de 109 cas qu'Angelucci et Pierracini avaient établi en Italie, après le Congrès de Montréal, en 1897.

J'en ai fait autrefois une analyse détaillée et démontré que les résultats déplorables signalés par les auteurs tenaient à ce que les interventions avaient porté presque exclusivement chez les hystériques. C'est d'ailleurs sur cette statistique que s'appuya Cuylitz, en Belgique, pour condamner l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hystérie.

De fait, beaucoup de malades d'Angelucci étaient devenues folles après l'intervention. Certes, il y aurait exagération à vouloir condamner l'intervention chirurgicale chez les hystériques : la statistique italienne contient bien des lacunes.

Je crois toutefois qu'il convient de se montrer très circonspect vis-à-vis de ces malades. Il y a chez celles-ci différents éléments dont il faut tenir grand compte avant de se décider à intervenir, et que j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de signaler. Vous me permettrez de ne pas y insister aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit des observations que j'ai cru devoir formuler sur certains points de l'intéressant rapport de M. Maillard, nous devons savoir grand gré à l'auteur d'avoir abordé le côté thérapeutique de la question. Il y a quelques années à peine, on n'aurait pas manqué de sourire devant la prétention d'un chirurgien à vouloir pénétrer dans le domaine de la psychiâtrie, pour y jouer un rôle qui ne fut pas strictement humanitaire.

Roy, dans son rapport sur l'hypocondrie symptomatique, au Congrès de Rennes, eut le premier le courage de définir le rôle exact que la chirurgie peut remplir en psychiâtrie, et consacra un chapitre au traitement chirurgical de l'hypocondrie.

Maillard fait de même aujourd'hui, à propos des douleurs psychopathiques, sujet qui confine d'ailleurs par certains points à celui qu'avait traité Roy.

Je ne puis, pour ma part, qu'être très heureux de constater la place qu'on tend à réserver aujourd'hui à la chirurgie dans le traitement des maladies mentales, et de voir ainsi se réaliser le vœu que je formulais récemment devant la Société de Psychiâtrie.

Je crois qu'il faut persévérer dans cette voie, tout en tenant compte des acquisitions scientifiques de la psychiâtrie contemporaine et en observant la plus grande prudence vis-à-vis des indications et contre-indications.

J'estime qu'il sera alors possible d'éviter les erreurs commises à l'étranger et qui ont failli compromettre à tout jamais la chirurgie des aliénés et que médecins et chirurgiens, associés dans un effort commun, pourront faire une œuvre féconde et orienter la psychiâtrie du côté de la thérapeutique.

En tous cas, les résultats obtenus permettent, ce me semble, de saluer déjà l'aurore d'une chirurgie de la folie.

M. Fournier (d'Amiens). — Il existe cependant des cas où l'intervention chirurgicale paraît s'imposer, quel que soit l'état mental du sujet, par exemple lorsqu'il s'agit d'un cancer du sein ou de la lèvre, au début.

M. Picqué (de Paris). — Si j'ai bien saisi le sens de l'observation qui vient d'être faite, mon contradicteur paraît s'étonner que je laisse les aliénés sans opérations : il déclare que l'abstention n'est pas une fin.

Or, je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas opérer les aliénés. Ma statistique, qui porte maintenant sur près de 3.000 interventions chez les aliénés, montre bien mes tendances.

Mais pour opérer, il faut savoir être utile au malade : *Primo non nocere.*

J'estime donc qu'il faut distinguer les cas ; au risque de fatiguer l'attention du Congrès, je tiens à préciser encore certains points sur lesquels j'ai déjà insisté.

L'honorable confrère qui a pris la parole me demande quelle est ma conduite en face d'un cancer.

Je me suis justement appliqué à dire dans mon exposé que, dans les cas urgents, l'état mental était négligeable.

J'avais cité les cas d'anthrax et de phlegmon diffus. J'ajoute bien volontiers le cancer, parce qu'il s'agit d'une affection qui menace la vie.

Je n'ai fait de réserves que dans les cas où la maladie ne compromet pas l'existence à brève échéance.

J'ai dit et je répète que l'état mental des psychopathes crée des contre-indications comme peut le faire tout état viscéral. De même, on n'opère pas d'une affection bénigne un albuminurique ou un diabétique, de même on doit respecter certains aliénés, quand leur vie n'est pas en danger.

Ainsi, l'état mental fait partie de l'examen viscéral indispensable chez tous les malades susceptibles de subir une opération.

Maintenant, si l'on envisage les affections pour lesquelles, dans des circonstances bien déterminées, on doit différer toute intervention, il en est de deux sortes.

Tantôt, l'affection est insignifiante ou parfois n'existe pas.

Dans ce dernier cas, le psychopathe crée de toutes pièces une symptomatologie fonctionnelle qui peut en imposer. Les anciens pathologistes, persuadés que les douleurs ont toujours une cause locale, avaient fait, dans le cadre nosologique, une place « à la fissure anale sans fissure ! ».

J'ai présenté récemment à la Société de chirurgie un malade, paralytique général et hypocondriaque, qui accusait des douleurs imaginaires du côté de l'anus et se croyait atteint d'hémorrhoïdes.

Parfois, le médecin entre dans les préoccupations du malade au point de constituer avec lui un véritable couple morbide. Ce sont,des cas exceptionnels, mais qu'il est bon

de signaler. J'ai publié dans la thèse de mon interne Mallet des observations d'opérations, à propos desquelles on peut se demander quel est le plus fou du chirurgien qui l'a exécutée ou du malade qui l'a demandée.

Dans un deuxième groupe, l'affection existe réellement et elle est bénigne. J'ai cité le lipome ou le fibrome utérin. J'ai montré dans quelles conditions on pouvait s'abstenir. Je n'y reviendrai pas.

M. Maillard (de Paris), rapporteur. — Parmi les objections et les remarques très intéressantes qui viennent d'être faites et qui permettent de préciser certaines des difficultés de l'étude des douleurs psychopathiques, je ne relèverai — pour y répondre aussi brièvement que possible, — que trois points particuliers.

Plusieurs des orateurs précédents pensent qu'on ne doit pas considérer la douleur comme un phénomène intellectuel. Cependant, il faut s'entendre. J'ai pris soin de dire, dès le début de mon rapport, que je laissais de côté l'irritation douloureuse qui, quoique non perçue, peut provoquer des reflexes de divers ordres. Je n'ai en vue que la douleur perçue, rapportée au moi. Aussi, dire : la douleur est un phénomène psychique, ne m'aurait pas semblé assez précis ; j'ai pris le mot intellectuel dans son sens un peu large, et qui me semble le plus exact, de connaissance, de rapport au moi — le centre O de Grasset.

L'incitation qui provoque le phénomène de la douleur n'est complète, au point de vue physiologique, que lorsqu'elle est rapportée au moi sentant. Dans sa marche ascendante à travers le dédale de nos fibres nerveuses, elle provoque différents reflexes de plus en plus compliqués et n'arrive à son plein épanouissement que lorsque l'individu peut se dire : *je* souffre. Quant à la localisation (je ne crois pas qu'on puisse l'appeler un phénomène d'interprétation, comme le pense M. Léri) et à la connaissance de la nature de l'excitant, ce sont des choses différentes et indépendantes de la perception de douleur, en tant que douleur ; on comprend très bien qu'une lésion cérébrale puisse les supprimer

en laissant subsister la douleur seule. D'autre part, le fait, extrêmement curieux de l'anencéphale que rapporte M. Léri ne peut m'être opposé. Cet anencéphale ne pouvait avoir la perception réelle de la douleur par l'excitation de la face, si ses nerfs sensitifs ne communiquaient avec aucun centre nerveux, à moins d'admettre que cette perception ait pu se faire chez lui en l'absence de tout centre, et, pour la même raison, ses réactions ne pouvaient, non plus, être volontaires.

Enfin si, comme je continue à le penser, la douleur est un phénomène intellectuel, à plus forte raison la douleur psychopathique l'est elle.

M. Dupré fait remarquer que j'aurais dû dire un mot des algies, obsessions douloureuses, glossodynies, etc... Je m'attendais à cette objection, car ces termes semblent inséparables de l'étude des douleurs psychopathiques. SI je les ai écartées, c'est parce qu'ils m'ont semblé avoir été appliqués à des douleurs qui n'ont entre elles qu'une ressemblance apparente, mais qui peuvent être de nature très différente, suivant les cas. Les douleurs qu'ils représentent sont tantôt des douleurs par auto-suggestion pithiatique, tantôt des douleurs par interprétation et parfois aussi, sans doute, des douleurs cénesthopathiques.

Je partage complètement les idées de M. Picqué sur les contre-indications opératoires tirées de l'état mental, et sur la prudence qu'il faut apporter à la chirurgie chez les psychopathes ; j'ai d'ailleurs montré l'importance particulière, à ce point de vue, des travaux de M. Picqué. Si nous semblons différer d'avis en ce qui concerne les douleurs dues à des associations hystéro-organiques, c'est que nous n'avons pas en vue les mêmes malades. M. Picqué pense surtout aux grands hystériques, tandis que, selon moi, les douleurs hystéro-organiques comprennent également les douleurs des malades que j'appelle les petits pithiatiques. Chez de tels malades, je crois qu'il est absolument indispensable d'essayer de supprimer la cause organique de la douleur, véritable épine irritative, lorsqu'elle est accessible facilement aux moyens thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux. Enfin, si j'ai dit : « quand il n'existe aucune lésion, il faut s'abstenir,

toute opération *réelle* ou simulée ne servirait à rien », c'est parce qu'il y a des exemples d'interventions tantôt bénignes, simple catheterisme de l'œsophage, par exemple, tantôt plus importantes, faites dans ces cas sur des organes que l'on savait sains, dans l'espoir chimérique de modifier heureusement l'état mental.

Enfin, pour répondre à la remarque de M. Binet-Sanglé, je n'ai pas abordé le mécanisme anatomo-physiologique de la douleur parce que cette étude, et particulièrement le point contesté des conducteurs différenciés, aurait entraîné un développement trop long et à côté, m'a-t-il semblé, de la question qui m'était posée.

Séance du Mercredi 2 Août (soir)

DEUXIÈME QUESTION

Des tumeurs du Corps pituitaire

par le

Dr COURTELLEMONT, Professeur à l'École de Médecine d'Amiens



Conclusions du rapport :

1° Le rapport étiologique entre les symptômes ou syndromes étudiés et les tumeurs pituitaires paraît évident.

2° Le mécanisme pathogénique, qui préside à la production des manifestations cliniques, est tout à fait incertain (sauf pour ceux des signes encéphaliques qui sont causés par la compression directe).

3° La tendance actuelle, en ce qui concerne les dystrophies hypophysaires, est d'attribuer l'acromégalie et le gigantisme à l'hyperfonctionnement de la glande, le syndrome adiposo-génital à l'hypofonctionnement. Il y aurait ainsi, comme l'admet Cushing, opposition entre les deux syndromes d'hyperpituitarisme et d'hypopituitarisme.

4° C'est aussi une tendance qui se dessine de plus en plus que d'associer aux troubles hypophysaires précédents, des troubles d'autres glandes à sécrétion interne, en particulier les glandes génitales et le corps thyroïde : cette association est admise particulièrement en ce qui concerne le gigantisme infantile.

Discussion

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Je ne saurais trop féliciter M. Courtellemont de son remarquable rapport, méthodique, prudent, simple, clair et riche en documents. Et son mérite est d'autant plus grand qu'il a eu peu de temps pour le rédiger, à cause des oscillations du Congrès entre Tunis et Amiens et du changement corrélatif des rapporteurs.

Je voudrais, en second lieu, lui demander si, au cours de ses consciencieuses recherches bibliographiques, il a trouvé des faits analogues au suivant :

J'ai, dans le service de mon maître, M. le professeur Landouzy, observé naguère une acromégalique qui me fut l'occasion d'une leçon clinique et dont l'observation est encore inédite.

Elle présentait une *hémidyschromatopsie bitemporale*, et, atteinte depuis 10 ans par la ménopause, elle avait un *hyperfonctionnement mammaire* caractérisé par l'écoulement, au niveau des deux mamelons, de liquide assez abondant, épais et jaunâtre, analogue au lait résidual qu'on trouve souvent chez les femmes, longtemps après la lactation.

M. Paul Sainton (de Paris). — A propos du très excellent rapport de M. Courtellemont, je désirerais insister sur certains problèmes qu'il soulève, et compléter quelques points qu'il a laissés dans l'ombre.

1° A propos de la *glycosurie hypophysaire*, il nous semble indispensable d'insister sur ses caractères. Il y a : *a*) *des glycosuries temporaires ; b*) *des diabètes*. Dans ces derniers cas, la quantité de sucre éliminée est considérable ; elle est beaucoup plus élevée que dans les glycosuries des autres maladies nerveuses. Dans les cas de Marinesco, Achard et Lœper, Ravaut, etc., les quantités de sucre varient entre 500 et 1.200 grammes par jour. Les malades présentent tout le tableau symptomatique du diabète : polyurie, polyphagie, polydypsie et tous ses accidents. De là à faire jouer un rôle à l'hypophyse dans certains diabètes, il n'y a qu'un pas ; cer-

tains auteurs, le professeur Debove, entre autres, décrivent un diabète hypophysaire. Et de fait, les expériences de Bouchard, sur les injections de glande hypophysaire montrent qu'elles produisent de la glycosurie. Il y a là aussi une série de faits qui méritent d'être rapprochés de ceux que l'on observe au coursd'un autre syndrome d'hyperfonctionnement, le syndrome de Basedow. Ce seul rapprochement montre qu'il ne s'agirait pas de symptômes dus à la compression, mais de troubles dans lesquels on peut faire intervenir le rôle de l'hypophyse dans la nutrition, en tant que glande endocrine.

2° Dans le rapport de M. Courtellemont sont cités les cas de nanisme de Kou Itaka et de Hueter: il me semble que l'existence de ces faits doit retenir longuement l'attention. Burnier a publié l'observation d'un malade qu'il a bien voulu me montrer et dont je puis vous présenter une photographie ; c'est un véritable nain ; à l'âge de 29 ans, il ne mesure que 1 m25 et a la taille d'un enfant de 8 ans. C'est à l'âge de 8 ans que se sont montrés les premiers symptômes oculaires ; il a actuellement une atrophie papillaire, et la photographie montre un élargissement de la selle turcique. Ce fait, rapproché de quelques autres, car la plupart des malades atteints d'insuffisance hypophysaire sont petits, n'est-il point à opposer à l'hyperhypophysie qui serait la cause du gigantisme et de l'acromégalie ; il y aurait donc des *nanismes hypophysaires* et des *gigantismes hypophysaires*. N'est-il point logique d'admettre que ces deux syndromes anthropologiques sont la traduction d'états fonctionnels opposés, le premier étant fonction d'insuffisance, le second d'hyperfonctionnement ?

Cette théorie est confirmée par les expériences d'Aschner qui, contrairement à ce que disent Paulesco et Cushing, a pu conserver vivants pendant plusieurs mois des animaux jeunes privés de leur hypophyse à l'âge de 6 à 9 mois. Il constata un arrêt de développement et en conclut que l'hypophyse joue un rôle dans le développement du squelette.

Le malade dont il est question est non seulement un nain, mais un infantile ; et l'on sait qu'il existe des géants infan-

tiles ; l'infantilisme peut donc se rencontrer dans deux états opposés, le gigantisme et le nanisme hypophysaires.

Dans l'observation de Burnier, un autre point est à retenir ; c'est que le malade avait à 18 ans 1m17, et qu'il a eu une croissane rapide de 8 centimètres. Cet hypohypophysaire a-t-il eu une poussée d'hyperhypophysie ? Le fait n'est pas impossible, quand on voit sur la photographie le développement anormal de ses extrémités.

3° A propos de la théorie polyglandulaire du syndrome de Frœhlich-Bartels, qu'il me soit permis de rapporter une observation dans laquelle l'hypertrophie de l'hypophyse joue un rôle, et qui constitue un véritable exemple de *syndrome polyglandulaire à bascule.* Il s'agit d'une femme de 32 ans que j'observe depuis près d'un an, et qui a présenté dans son histoire antérieure et dans son histoire actuelle des phénomènes qui montrent comment peuvent s'associer les syndromes d'hyper ou d'hypofonctionnement glandulaire.

Cette femme, à l'âge de 22 ans, a présenté des symptômes de *goître exophtalmique fruste* qui ont disparu sans traitement ; à 24 ans, elle a eu une légère reprise de ce syndrome qui disparut rapidement. A 30 ans, elle eut des pertes abondantes, puis vit toute menstruation cesser. Au mois de septembre 1910, elle se présenta à la consultation de l'hôpital Beaujon, où elle offrait la symptomatologie d'un myxœdème typique. C'est alors qu'elle fut soumise à l'opothérapie thyroïdienne qui amena très rapidement des accidents.

Quand elle entra à l'hôpital, en octobre, elle présentait des symptômes de *basedowisme,* exophtalmie, tachycardie, tremblement, saillie thyroïdienne, qui disparurent rapidement.

Mais alors la malade apparut nettement *myxœdémateuse,* avec sa bouffissure de la face, ses cheveux rèches et cassants, la chute des poils, de la cyanose des extrémités, de l'impossibilité d'exécuter aucun travail et une apathie absolue.

Des symptômes nouveaux attirèrent l'attention en novembre ; ce sont les symptômes de tumeur cérébrale, céphalée intense, vomissements ayant les caractères des vomissements cérébraux, troubles de la vue qui sont très marqués. L'on constate alors un rétrécissement énorme du champ visuel

qui indique une lésion du chiasma, d'après le docteur Poulard, et qui est vraisemblablement symptomatique d'une *tumeur de la région hypophysaire.* Il y a en même temps diminution de l'acuité visuelle ; plus tard, un autre phénomène attire l'attention : c'est l'apparition d'une poussée mammaire considérable, particulièrement au niveau du sein droit.

Les règles disparues depuis deux ans reparaissent abondantes, si bien que l'insuffisance ovarienne paraît avoir diminué.

La malade, à ce moment, entre dans le service de M. le docteur Debove ; depuis six mois, elle est sujette à des poussées eczémateuses. Son aspect myxœdémateux a augmenté, mais l'évolution en a été coupée par des crises de basedowisme très courtes. Enfin, constatation curieuse, le champ visuel s'est modifié ; il s'est agrandi, la céphalée et les vomissements ont disparu ou sont plus rares. L'acuité visuelle a augmenté. Il semble donc que la *compression dans la région hypophysaire a varié* et qu'il s'est produit dans l'hypophyse des variations analogues à celles qui ont été observées dans les autres glandes.

Ce cas ne vient-il pas à l'appui de la théorie des réactions multiples des glandes les unes sur les autres. Comme l'a dit Renon, il y a peu de syndromes hypophysaires ; puis, quand on voit une malade tour à tour basedowienne et myxœdémateuse, tour à tour hyper ou hypoovarienne, avec une tumeur dans la région hypophysaire présentant des variations de volume analogues à celles de la glande thyroïde, n'y a-t-il pas là un véritable *syndrome polyglandulaire à bascule* où toutes les glandes présentent les réactions variant d'un moment à l'autre. J'ai cité ce fait pour sa complexité et pour montrer combien il y a encore d'inconnu dans les problèmes des réactions des glandes endocrines les unes sur les autres.

M. Henry Meige. — Il faut louer sans réserve M. Courtellemont de la consciencieuse documentation de son rapport et de la sage prudence de ses conclusions.

La littérature médicale est, en effet, très riche en observations cliniques et anatomo-pathologiques concernant l'hypophyse ; malheureusement, on ne peut tirer de ces faits que des notions encore incertaines, et, il faut bien l'avouer, la physiologie ne nous renseigne pas davantage. Le rapport de M. Courtellemont, en nous faisant entrevoir la diversité des constatations anatomiques et des syndromes cliniques, observés parallèlement, met en garde contre une schématisation de la physiopathologie hypophysaire, et c'est un grand service qu'il rend ainsi à ceux qui, sur des faits isolés, seraient tentés d'édifier une nosographie prématurée.

A l'heure actuelle, on ne peut guère formuler que les conclusions suivantes, qui sont à peu près celles du rapporteur :

Il est certain qu'il existe des tumeurs de l'hypophyse. Il est certain aussi que ces tumeurs s'accompagnent cliniquement de deux ordres de signes, tantôt simultanés, tantôt isolés :

1° Des *signes de compression*, qui sont ceux de la plupart des tumeurs encéphaliques, mais où cependant semblent prédominer les troubles visuels ;

2° Des *troubles dystrophiques*, généralement par excès, portant principalement sur le système osseux. On observe aussi parfois des dystrophies cellulo-cutanées, sans qu'on puisse affirmer que ces dernières sont directement liées à la lésion pituitaire.

Le syndrome somatique de l'*acromégalie* est celui qui coïncide le plus fréquemment avec la tumeur de la pituitaire. A côté de la maladie de Pierre Marie, il existe certains *états acromégaloïdes* qui peuvent être, eux aussi, fonction d'une altération hypophysaire ; cependant, quelques-uns de ces états acromégaloïdes semblent, comme disait Brissaud, de simples « manières d'être » et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel permettant de supposer une altération glandulaire permanente.

Pour ce qui est du *gigantisme*, il faut distinguer plusieurs formes :

Le *gigantisme acromégalique* semble souvent lié, comme

l'acromégalie dont il présente les caractéristiques, à une tumeur de l'hypophyse. Quant au *gigantisme infantile,* il serait téméraire de le rattacher dans tous les cas à une tumeur de l'hypophyse. Plus vraisemblablement, il semble sous la dépendance d'un trouble du fonctionnement des glandes génitales, avec ou sans participation de la thyroïde.

Il existe aussi une forme de gigantisme qui ne s'accompagne d'aucun signe de tumeur encéphalique, d'aucune malformation squelettique, d'aucun trouble fonctionnel, et qui n'est qu'un développement excessif, mais harmonieux, de tout l'individu. Cet état corporel est bien différent du gigantisme infantile ou du gigantisme acromégalique, qui, eux, sont des états pathologiques. Nous l'avons appelé *gigantisme normal.* Il est impossible de savoir, quant à présent, si ce simple excès de croissance est en relation avec une altération glandulaire, hypophysaire ou autre.

Enfin, le *syndrome de Froehlich,* le *syndrome adiposo-génital* de Launois et Cléret n'ont pas encore une individualité clinique assez nette pour qu'il soit permis de leur attribuer avec certitude une origine hypophysaire.

La pituitaire peut-elle jouer un rôle dans la production de certains *nanismes* ? Nous l'ignorons : en tous cas, son rôle ici semble bien secondaire et exceptionnel.

Le rapporteur a envisagé avec raison le diagnostic entre les tumeurs de l'hypophyse et celles de l'épiphyse, mais je crois qu'on peut être encore plus réservé qu'il ne l'a été sur les caractères cliniques différentiels de ces deux sortes d'affections. Nos connaissances sur l'anatomie normale et pathologique de la glande pinéale sont encore très rudimentaires ; nous ne savons rien de précis sur son rôle physiologique. Quant aux manifestations cliniques, elles sont tellement variables qu'on ne saurait tirer des rares observations dignes d'être retenues une série d'éléments de différenciation valables.

En définitive et d'une façon générale, il faut avoir la franchise de dire que la physiopathologie de l'hypophyse ne permet pas encore de créer un chapitre nosographique définitif. En présence de cette difficulté et pour expliquer

la diversité des syndromes cliniques qu'on rencontre, on a été conduit à mettre en cause les autres glandes à sécrétion interne et à admettre l'existence de syndromes pluriglandulaires. Je répéterai encore une fois que cette conception, d'ailleurs logique et vraisemblable au point de vue pathogénique, ne me paraît pas de nature à faire progresser l'étude des états dystrophiques encore mal définis ; on ne saurait se contenter de l'étiquette de syndrome pluriglandulaire : il est nécessaire de s'attacher à une différenciation clinique basée sur des signes objectifs, morphologiques.

M. Dide. — Qu'il me soit permis, au sujet du remarquable rapport de M. Courtellemont, de faire deux remarques.

1° Le rapporteur note parmi les *symptômes diffus encéphaliques* les *troubles mentaux*. Or, j'estime que ces troubles sont le résultat de la compression quand ils ont une relation quelconque de cause à effet avec la tumeur, ou bien ils n'ont aucun rapport avec elle et sont conditionnés soit par la prédisposition héréditaire, soit par l'intoxication. La chose serait évidemment contingente pour un public médical quelconque, elle me paraît importante à connaître pour les aliénistes.

2° *La dystrophie adiposo-génitale* est considérée par M. Courtellemont comme liée à de l'insuffisance pituitaire, et je suis tout prêt à souscrire à cette proposition, mais avec la restriction qu'il s'agit certainement là d'une insuffisance complexe sur le mécanisme de laquelle nous sommes incomplètement renseignés. Tous nos collègues connaissent ce syndrome chez certains aliénés à évolution démentielle, et qui constituent le groupe des démences précoces catatoniques ; ces malades présentent si manifestement une dystrophie génitale que Krœpelin avait pensé rattacher leur pathogénie à des troubles de l'évolution des glandes génitales. Je reviendrai sur ce point à un autre moment. Quant à la dystrophie adipeuse, elle est manifeste, et on se souvient que j'ai décrit à côté du *pseudo-œdème catatonique* des phénomènes dystrophiques généralisés, intermédiaires entre la maladie de Dercum et le *trophœdème* et qu'en tous cas

les alternations inexpliquées d'obésité et de maigreur chez ces déments précoces sont classiques. S'agit-il d'insuffisance hypophysaire ? Je ne puis répondre au point de vue fonctionnel, car il faudrait disposer pour contrôler cette hypothèse d'un matériel expérimental très complexe ; mais je crois pouvoir affirmer que les troubles sus-mentionnés qui ne laissent pas de trace perceptible dans l'ovaire et le testicule, ne se traduisent pas non plus par des altérations perceptibles avec nos moyens actuels d'investigation dans le corps pituitaire. Nos recherches avec Perrin de la Touche sont formelles sur ce point et portent sur plus de 200 examens miscrocopiques. L'origine probable est dans la dysynergie fonctionnelle entre l'hypohpyse et le corps thyroïde.

M. Courtellemont. — Je remercie les précédents orateurs d'avoir complété mon rapport sur certains points : les documents et les idées qu'ils apportent, fournissent une contribution nouvelle et très intéressante à l'étude du sujet.

M. Laignel-Lavastine m'a demandé si j'avais connaissance d'exemples d'hemi-dyschromatopsie. Je n'en ai pas cité dans mon rapport et il ne m'est pas possible d'affirmer d'une façon précise si l'on en a jamais observé ou non.

M. Meige disait tout à l'heure que plus on examine de géants, d'infantiles, d'acromégaliques, moins les types cliniques paraissent purs. On trouve de plus en plus des sujets qui sont tout cela et autre chose parfois. Il ne faut pas s'étonner, je crois, de voir un même sujet réaliser plusieurs syndromes cliniques, ou mieux, grouper des éléments de plusieurs syndromes. Le fait s'observe très souvent en médecine générale : entre la broncho-pneumonie et les congestions pulmonaires, par exemple, que de cas intermédiaires, que l'on ne sait à laquelle de ces deux maladies rattacher.

C'est dans les livres surtout que les maladies (je ne parle pas des maladies à microbes spécifiques) sont parfaitement distinctes les unes des autres : mais dans la nature, on voit souvent (loin de moi l'idée de dire « toujours »), des exemples difficiles à classer, parce que les sujets cumulent des symptômes de plusieurs maladies voisines. Si ces faits se produisent

dans la médecine générale, on ne doit donc pas être surpris de les rencontrer dans la pathologie hypophysaire, qui est de date toute récente.

M. Dide nous apporte l'examen histologique de 200 hypophyses d'aliénés : toutes ces hypophyses étaient normales. C'est là un document dont l'importance n'échappera à personne. Toutefois, il n'empêche pas d'attribuer à la tumeur de l'hypophyse les troubles mentaux que l'on observe chez certains sujets atteints de néoplasmes. En effet, ce n'est pas parce que 200 aliénés n'ont pas de lésions pituitaires, qu'une tumeur épiphysaire ne pourra pas entraîner de troubles mentaux. D'ailleurs, dans les tumeurs cérébrales il est possible d'observer des troubles mentaux que l'on considère comme symptômatiques de ces tumeurs. Personne ne pense que tous les syndromes mentaux sont dus à des tumeurs cérébrales. De même pour les tumeurs de l'hypophyse : elles peuvent déterminer des troubles psychiques, sans que pour cela tous les psychoses, tous les syndromes mentaux relèvent de lésions hypophysaires. Toutefois, il est un point que les constatations de M. Dide forcent à étudier de plus près, c'est celui-ci : les tumeurs de l'hypophyse, quand elles produisent des manifestations mentales, agissent-elles, pour produire ces manifestations, par des troubles de sécrétion glandulaire (hyper, hypo ou dysfonctionnement hypophysaire), ou agissent-elles uniquement en tant que tumeurs cérébrales ? La réponse à cette question doit être réservée.



Essai de classification histologique des Tumeurs du Lobe antérieur de l'Hypophyse

par MM. Gustave ROUSSY et Jean CLUNET (de Paris).

La question des tumeurs de l'hypophyse étant mise à l'ordre du jour au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, nous désirons apporter notre contribution personnelle à

cette question, en présentant ici un certain nombre de faits, la plupart inédits.

Nous avons été à même de recueillir depuis cinq ans un certain nombre de ces tumeurs, qui toutes proviennent de sujets morts dans le service de notre maître, le professeur Pierre Marie, à Bicêtre.

Nos cas comprennent : un kyste du lobe antérieur, des adénomes, des épithéliomas. Parmi ces derniers, les uns ont déterminé le syndrome acromégalique, d'autres n'ont été que des trouvailles d'autopsie.

A la lecture du grand nombre de travaux publiés dont Courtellemont vient de faire une analyse très complète dans son rapport, et dont il a très bien su mettre en valeur les points saillants, on peut se rendre compte de la complexité des descriptions anatomo-pathologiques faites par les auteurs.

Ceci provient, d'une part, de ce que la terminologie employée est trop souvent imprécise : les termes d'hyperplasie, d'adénomes, d'épithéliomas, de carcinome, de sarcome, étant souvent employés avec des significations différentes.

D'autre part cette complexité provient de ce que les tumeurs de l'hypophyse entraînent en clinique un syndrome de compression de l'étage moyen de la base du crâne, syndrome qui, du reste, peut être réalisé par des processus anatomiques très différents. Mais il en est de même dans d'autres organes de l'économie : au niveau du pylore par exemple, une foule de lésions sont susceptibles de créer le syndrome de sténose pylorique. Or, l'anatomie pathologique de ce syndrome ne s'est éclairée que lorsqu'on a distingué :

1° Les tumeurs nées de la prolifération bénigne ou maligne des cellules pyloriques, adénome ou cancer du pylore ;

2° Les lésions gastriques et prégastriques non néoplasiques, réalisant fortuitement le même syndrome, et parmi lesquelles on peut citer la tuberculose gastrique locale, la périgastrite secondaire à une lithiase biliaire, ou à une péritonite ancienne, etc...

Le syndrome de tumeurs de la selle turcique dans un sens très général, l'acromégalie notamment, peut être comparé au syndrome de sténose du pylore ; dans l'un et l'autre, les diverses causes anatomiques doivent être systématiquement analysées.

Aussi, nous placerons-nous ici sur le terrain anatomopathologique pur. Nous laisserons de côté ce que Courtellemont appelle les tumeurs spécifiques, la tuberculose et la syphilis, qui, au nom de la clinique, peuvent être rangées, à juste titre, parmi les tumeurs de l'hypophyse, susceptibles de déterminer des compressions de voisinage et de donner lieu à des syndromes d'hypertension intracrânienne, mais qui, au nom de l'anatomie pathologique, doivent être écartées du cadre des tumeurs.

Nous limiterons aussi notre étude aux néoplasies proprement dites et nous chercherons à l'appui de nos observations :

1° A tracer les limites de ce que l'on doit entendre sous le nom de tumeurs de l'hypophyse au point de vue histologique ;

2° A en déterminer la classification.

I. — Malformations.

On peut trouver dans l'hypophyse différentes malformations résultant de vices de développement embryologique de l'organe : persistance du canal pharyngé à travers la base du crâne, persistance du canal épendymaire dans la tige pituitaire, dans la zone interlobaire ou en plein lobe glandulaire.

De ces malformations relèvent les différents kystes à parois organisées, *kystes congénitaux* (à ne pas confondre avec les kystes par ramollissement qu'on observe chez l'adulte) et qui ne constituent pas des tumeurs à proprement parler. En voici un exemple :

A l'autopsie d'un parkinsonien, âgé de 70 ans, nous avons trouvé un petit kyste visible à l'œil nu, de la grosseur d'un grain de chénevis, à contenu mucoïde, et situé dans le lobe antérieur de l'hypophyse, au voisinage de la

zone interlobaire. Sur les coupes histologiques, la paroi de ce kyste est formée d'une seule couche de cellules cylindriques ciliées, comparables à celles de l'épendyme embryonnaire.

C'est également dans ce même groupe que nous rangeons les *épithéliomas pavimenteux* de l'hypophyse dont nous n'avons pas jusqu'ici d'exemple personnel.

Complétement d'accord, en effet, avec le rapporteur, nous considérons ces tumeurs comme développées aux dépens d'éléments épendymaires, cellules épendymaires aberrantes du lobe antérieur, ou cellules épendymaires du lobe postérieur.

D'après la description des auteurs, elles nous paraissent présenter une structure analogue à celle des tumeurs épendymaires développées au voisinage des ventricules latéraux que nous avons pu observer (1).

L'épithélioma pavimenteux de l'hypophyse est donc, pour nous, à classer dans le cadre des « *tumeurs d'ordre hétérotopique* ».

II. — Tumeurs épithéliales.

Nous ne classons pas dans le groupe des tumeurs épithéliales, certains états que les auteurs y font souvent rentrer, à savoir :

a) L'hyperplasie simple physiologique ;

b) L'hyperplasie simple pathologique ;

c) L'hyperplasie adénomateuse.

Par là, nous nous séparons entièrement de la classification de Courtellemont. Nous éliminons donc :

a) *Hyperplasie simple physiologique.* — Nos recherches expérimentales (examen de l'hypophyse chez des animaux thyroïdectomisés, chez des animaux en état de grossesse) nous ont toujours montré des glandes augmentées de volume bombant plus ou moins sous la tente pituitaire, mais restant cantonnées dans leur logette et ne déter-

(1) Boudet et Clunet. *Archives de médecine expérimentale.* 1910, n° 3.

minant jamais de compression des organes de voisinage.

Déjà au point de vue macroscopique il ne s'agit pas de tumeur. L'hyperplasie physiologique de l'hypophyse ne saurait pas plus déterminer les troubles acromégaliques que l'hyperplasie thyroïdienne gravidique n'entraîne de phénomènes basedowiens.

Il ne s'agit pas non plus de tumeur au point de vue microscopique. Histologiquement, en effet, l'hyperplasie physiologique se caractérise par l'ordination anormale des éléments glandulaires, l'augmentation du volume des cellules, l'augmentation du nombre des chromophiles (éosinophiles et basophiles), la spongiocytose cellulaire et l'augmentation de sécrétion colloïde fluide et peu rétractible, surtout entre les cellules du lobe antérieur et dans l'intérieur des capillaires.

La colloïde de la zone interlobaire, épaisse et rétractible qui existe dans les hypophyses normales a beaucoup moins d'importance au point de vue histologique.

Aucun des caractères histologiques que nous venons de décrire ne saurait faire penser à une néoplasie.

b) *Hyperplasie simple pathologique.* — Nous avons eu l'occasion d'observer dans un très grand nombre de cas, une augmentation de volume de l'hypophyse à l'auptosie de sujets, de vieillards le plus souvent, atteints de néphrite chronique, de maladie de Parkinson, d'athérome. Or, dans ces hypophyses les modifications histologiques observées sont très analogues à celles notées dans les hyperplasies expérimentales ; aussi nous croyons-nous en droit de dire qu'ici encore on a affaire à une simple hyperplasie fonctionnelle de la glande.

Et, ce qui entraîne encore notre conviction, c'est que dans un état pathologique qui réalise en quelque sorte une véritable expérience physiologique humaine, comme le myxœdème congénital par agnésie du corps thyroïde, on retrouve dans l'hypophyse des réactions histologiques identiques.

c) *Hyperplasie adénomateuse.* — On observe encore, chez les vieillards notamment, des hypophyses plus ou moins

augmentées de volume, mais qui toujours restent cantonnées dans leur logette pituitaire, n'entraînant ni envahissement, ni compression des organes de voisinage.

Sur les coupes macroscopiques de la glande, on aperçoit dans le lobe antérieur, çà et là, des petits points de couleur chamois ou gris rosé qui tranchent sur le fonds du parenchyme.

Histologiquement, l'hyperplasie adénomateuse se distingue de l'hyperplasie simple, en ce que en un ou plusieurs points d'une coupe totale de la glande, on trouve dans le lobe antérieur un amas de cellules en prolifération.

Au lieu du mélange et de l'intrication des différents types cellulaires, qu'on trouve dans les hyperplasies simples, on observe ici des groupements de cellules du même type, tantôt différenciées (cellules éosinophiles, basophiles), tantôt et le plus souvent indifférenciées (cellules chromophobes). Ces amas tranchent nettement sur le reste du parenchyme glandulaire et sont déjà visibles à un faible grossissement.

L'hyperplasie adénomateuse se distingue pour nous de l'adénome vrai en ce que les travées des cellules adénomateuses paraissent se continuer plus ou moins irrégulièrement avec les travées du reste de la glande, et ne constituer en somme qu'une ébauche de désorientation. Il n'existe ni formations conjonctives, ni limites franches entre la périphérie du lobe adénomateux et le reste du parenchyme glandulaire.

Ces hyperplasies adénomateuses, pour les mêmes raisons que celles énoncées pour l'hyperplasie simple, ne font pas partie du cadre des tumeurs de l'hypophyse.

Nous arrivons maintenant aux tumeurs proprement dites. Parmi celles-ci nous décrirons :

1. L'adénome ;
2. Les formes de transition entre l'adénome et l'épithélioma ;
3. L'épithélioma.

1. *Adénomes.* — Macroscopiquement, il s'agit le plus souvent de petites tumeurs, de petits nodules placés en plein parenchyme glandulaire et qui ne sont que des trouvailles d'autopsie. Parfois cependant, il existe des tumeurs adénomateuses plus volumineuses déformant la glande et finis-

sant par dépasser plus ou moins la selle turcique. On est ici à la limite des tumeurs que nous classerons dans les formes de transition.

Histologiquement, ce sont des tumeurs toujours bien isolées du parenchyme glandulaire, formées d'éléments plus ou moins différenciés, orientés les uns par rapport aux autres d'une manière indépendante de l'orientation du reste de la glande, dont ils sont séparés parfois par une enveloppe conjonctive nette.

Nous avons eu l'occasion d'en observer trois exemples :

Un adénome à cellules claires, trouvé à l'autopsie d'un saturnin mort de tuberculose pulmonaire. Il s'agissait d'un petit nodule jaunâtre, situé à la partie antérieure de l'hypophyse, indépendant du parenchyme, sans capsule conjonctive nette, mais à limites précises. Sur les coupes, il est formé uniquement de cellules indifférenciées à protoplasma clair chromophobe, toutes orientées entre elles d'une façon différente du reste de la glande.

Un adénome à cellules foncées, trouvé à l'autopsie d'un malade mort de kyste hydatique du foie. La tumeur, grosse comme une tête d'épingle, siégeait sur le bord latéral droit du lobe antérieur près de la capsule périphérique. Histologiquement, elle est formée de cellules allongées à protoplasma granuleux plutôt chromophile, mais non différencié en éosinophiles ou cyanophiles. A la périphérie, les limites de la tumeur tranchent nettement sur le reste de la glande. Au centre, on trouve plusieurs cavités tapissées par un épithélium aplati et contenant de la colloïde ; ces formations sont comparables à celles de la zone interlobaire.

Un adénome à cellules cylindro-cubiques, trouvé à l'autopsie d'un myxœdémateux congénital. La tumeur visible à l'œil nu, de la grosseur d'une tête d'épingle, était située en plein lobe glandulaire, près de la capsule périphérique.

Histologiquement, dans une glande d'ailleurs en hyperplasie très nette, on trouve en un point une formation particulière comprenant des travées de cellules accollées les unes à côté des autres en palissade. Ces cellules, de forme cylindro-cubique, ont un moyau clair, un protoplasma granuleux et

chromophobe. Les limites de cette néoformation sont nettes à la phériphérie et bien tranchées d'avec le reste de la glande sans aucune forme de transition.

Toutes ces pièces ont été débitées en coupes sériées, ce qui nous a permis de nous rendre compte de l'identité de la structure histologique sur la série des coupes et d'apprécier l'étendue de ces tumeurs adénomateuses toujours très petites.

2. *Formes de transition.* — Entre l'adénome tumeur nettement bénigne, et l'épithélioma tumeur franchement maligne, il y a place pour les tumeurs qui, macroscopiquement et histologiquement, paraissent à la limite de la tumeur bénigne (adénone), encapsulée, non envahissante, et non destructive, et de la tumeur maligne (épithélioma) rompant la capsule d'une enveloppe pour devenir envahissante et destructive. Ce sont là, en quelque sorte, des formes intermédiaires, en présence desquelles il est fort difficile de faire un diagnostic histologique précis. Et ceci d'autant plus qu'en matière de tumeur de l'hypophyse, l'un des principaux critères de malignité, les métastases manquent ordinairement.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre.

Dans le premier, il s'agit d'un vieillard de 60 ans, atteint d'un rhinosclerome et présentant en outre un certain degré de développement de la mâchoire inférieure, une augmentation de volume des mains et des pieds assez notable pour que le diagnostic d'acromégalie ait pu être discuté. Cependant, en raison de l'âge auquel avaient débuté ces troubles, d'ailleurs peu accentués, on était arrivé en fin de compte au diagnostic de « pseudo-acromégalie ».

A l'autopsie, on trouve, dans la selle turcique élargie, une tumeur grosse comme une cerise bombant la tente pituitaire, encapsulée et facile à énucler. Il n'existait ni envahissement destructif, ni compression des organes voisins. Histologiquement, la tumeur débitée entièrement en coupes sériées offre un aspect assez particulier et partout le même, du type papillaire ou végétant avec de nombreuses travées conjonctivo-vasculaires, soit accolées les unes aux autres, soit séparées. Sur ces travées s'ordonnent des cellules cylindro-cubiques à protoplasma granuleux chromophobe. A

la péripherie de cette tumeur et sur la plupart des coupes, persiste une notable quantité de tissu glandulaire sain en hyperplasie. Nulle part, dans la capsule d'enveloppe de la tumeur, on ne trouve d'infiltration par des éléments néoplasiques.

Notre deuxième cas est comparable au précédent, nous le devons à l'obligeance de notre collègue et ami, le Dr Ameuille. Il s'agit ici d'une trouvaille d'autopsie chez un sujet âgé, sans renseignements cliniques. L'hypophyse avait la grosseur d'une petite cerise. Histologiquement, la tumeur offrait une disposition végétante et papillaire identique à la précédente. Sur les coupes sériées, on note la persistance d'une notable proportion de parenchyme hypophysaire en hyperplasie.

Nous considérons provisoirement ces faits comme des *formes de transition*, parce que, quoiqu'il s'agisse de tumeurs macroscopiquement très appréciables, rien encore, au point de vue histologique, ne permet de les ranger parmi les épithéliomas proprement dits. D'ailleurs, de telles tumeurs ne sont peut-être que le stade initial de la transformation d'un adénone en épithélioma (adéno-épithélioma).

3. *Epithéliomas.* — Pour l'hypophyse, on vient de le voir, comme du reste pour les autres glandes vasculaires sanguines, le critère histologique permettant de distinguer l'épithélioma de l'adénome est souvent très difficile à fournir.

Aussi, nous ne donnerons l'étiquette d'*épithélioma* qu'aux tumeurs de l'hypophyse présentant les caractères de monstruosités cellulaires, de prolifération active (mitose) et d'envahissement destructif, c'est-à-dire l'infiltration de la capsule, la prolifération à travers la loge conjonctive et méningée, l'envahissement du chiasma optique, des vaisseaux carotidiens, et de l'encéphale.

Nous avons pu recueillir jusqu'ici trois cas d'épithélioma de l'hypophyse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur provenant d'un acromégalique longtemps hospitalisé à Bicêtre, dans le service de notre maître le professeur Pierre Marie, où nous avons pu l'étudier et chez lequel notre collègue et ami

Lecène a tenté l'extirpation de la tumeur de l'hypophyse. La survie fut de six semaines.

Nous avons procédé à une étude détaillée de la tumeur dont Lecène a déjà donné un rapide exposé histologique dans son article de la *Presse médicale* (23 octobre 1909). A l'autopsie faite par l'un de nous, on trouve une tumeur de consistance molle, de couleur rosée, non limitée, envoyant des prolongements multiples intercrâniens, dans le sinus caverneux, le nerf optique, la carotide interne. Un abcès contenant environ une cuillère à soupe de pus crémeux bien lié, verdâtre, sans odeur, était inclus au centre de la tumeur. Celle-ci pesant environ 20 grammes, le quadruple de ce qui avait été enlevé à la curette lors de l'intervention.

De nombreux fragments furent débités en coupes sériées. La tumeur était formée dans presque sa totalité, de petites cellules rondes, à noyaux très colorés, à protoplasma chromophile, sans aucune orientation définie. En de nombreux points, il existait des formations kystiques ou des zones de dégénérescence. Partout enfin, sur les fragments prélevés à l'autopsie, existent des réactions inflammatoires. Au premier abord, on serait plutôt tenté de ranger cette tumeur parmi les sarcomes à petites cellules rondes. Mais, grâce à l'étude d'un grand nombre de coupes, on arrive à retrouver en certains points quelques travées de cellules épithéliales et çà et là des axes conjonctivo-vasculaires sur lesquels viennent s'agencer les cellules. Ceci, joint à l'absence de formes de transition entre les éléments néoplastiques et le stroma conjonctif, joint aussi à l'absence de substitution des parois vasculaires par les éléments de la tumeur, permet d'éliminer le diagnostic de sarcome.

Il s'agit donc là d'un épithélioma très atypique, où toute architecture glandulaire et toute différenciation cellulaire ont disparu. Et ce sont là, pour nous, les formes qui ont été souvent étiquetées par les auteurs « sarcome à petites cellules rondes ».

Nous rapprocherons de ce cas les deux observations rapportées récemment par Ameuille et Mallet (1) et dont

(1) Ameuille et Mallet. Assoc. pour l'étude du cancer, juin 1911.

nous avons pu étudier les préparations. Il s'agit de tumeurs de l'hypophyse trouvées à l'autopsie d'aliénés de Bicêtre, sans renseignements cliniques. Dans le premier cas, la tumeur était grosse comme un marron d'Inde, dans le second, elle avait le volume d'une petite cerise.

Histologiquement, il s'agissait dans les deux cas d'un épithélioma atypique. Dans l'un, la tumeur avait subi en son centre des processus abiotiques (hémorragies, nécroses) et offrait en de nombreux points un aspect périthélial. Ce fait vient confirmer ce que l'un de nous a soutenu avec Ameuille au sujet du périthéliome, à savoir qu'il s'agit là, non pas d'une formation histologique définie, mais bien d'un aspect morphologique que peuvent revêtir en certains points soit les tumeurs épithéliales, soit les tumeurs conjonctives.

En terminant, à l'appui des faits personnels que nous venons de rapporter, et en les comparant à ceux déjà publiés, nous proposons la classification suivante des malformations et tumeurs de l'hypophyse :

I. MALFORMATIONS.

a) Simples kystes congénitaux.

b) Néoplasiques ou tumeurs hétérotopiques. — Epithélioma pavimenteux.

c) Teratomes.

II. TUMEURS DU LOBE ANTÉRIEUR (1).

A. Epithéliales.
- a) Adénome
  - à cellules claires.
  - à cellules foncées.
  - à cellules cylindro-cubiques.
- b) Formes de transition entre l'adénome et l'épithélioma (épithélioma typique ou adéno-épithélioma).
- c) Épithélioma atypique ou carcinome.

(1) Nous ne parlons pas ici des tumeurs du lobe postérieur ou de la tige pituitaire dont nous n'avons eu l'occasion d'observer qu'un seul cas.

B. Conjonctives (1). Sarcome.	a) A petites cellules rondes ou polymorphes (qui sont le plus souvent des épithéliomas atypiques).
	b) Fuso-cellulaires.

Rapports des Tumeurs de l'Hypophyse et de l'Acromégalie

Une question encore très discutée à l'heure actuelle et qui le sera sans doute longtemps, est celle des rapports des tumeurs de l'hypophyse et de l'acromégalie.

La divergence des opinions provient à notre avis de ce que l'on ne s'entend pas d'une façon précise, ainsi que nous venons de le dire, sur le terme de « tumeur de l'hypophyse » d'une part, et aussi sur ce qu'on doit entendre sous le nom de syndrome acromégalique.

Pour nous, entièrement d'accord avec le professeur Pierre Marie, nous pensons que toute *acromégalie vraie* est due à une tumeur de l'hypophyse ; le mot tumeur étant pris ici dans son sens clinique de néoformation inflammatoire ou néoplasique ; que dans les cas étiquetés « acromégalie » sans tumeur de l'hypophyse, dont la plupart seraient à revoir, il s'agit soit de ces formes encore mal définies de pseudo-acromégalie où l'un des symptômes essentiels du syndrome de Pierre Marie fait défaut, soit d'erreur de diagnostic.

Mais d'autre part, on le sait, toute tumeur de l'hypophyse n'entraîne pas nécessairement l'acromégalie. Dans certains cas, c'est le syndrome de Fröhlich que l'on observe ; dans d'autres, on ne constate aucun trouble clinique appréciable du côté de la pituitaire.

Il serait désirable à ce point de vue que dorénavant tout auteur possédant une observation anatomo-clinique complète de tumeur de l'hypophyse, débitât cette tumeur en coupes microscopiques sériées. Peut-être trouverait-on dans la persistance ou dans l'absence d'une portion saine du

---

(1) La tumeur conjonctive bénigne, le *fibrome* de l'hypophyse, est exceptionnelle et même discutable.

parenchyme glandulaire, l'explication des phénomènes cliniques observés.

C'est là une idée qui nous a été suggérée par les faits que nous avons pu recueillir ; ces faits sont encore en trop petit nombre pour qu'il nous soit permis de faire, pour l'instant, autre chose qu'une simple hypothèse. Peut-être trouverait-on dans cette voie, où nous voudrions engager les recherches, un des points de la solution du problème !

Séance du Vendredi 4 Août (matin)



TROISIÈME QUESTION

De la valeur du témoignage des aliénés en justice

par le

Dr R. LALANNE, Médecin en chef de l'Asile de Maréville (Nancy)



Conclusions du rapport :

La valeur du témoignage d'un aliéné est éventuellement variable et il est désirable que les magistrats fassent appel au concours d'un médecin aliéniste, chaque fois qu'ils peuvent soupçonner, chez le témoin, un état mental morbide.

L'expert n'a pas à apprécier le fait en lui-même ; il devra se borner à déclarer si l'état des facultés intellectuelles du témoin est oui ou non de nature à rendre ses déclarations suspectes.

Il serait important pour les magistrats de posséder quelques éléments essentiels de médecine mentale, et il y a lieu de considérer comme utile une collaboration étroite entre les médecins aliénistes et les magistrats.

Discussion.

M. Régis (de Bordeaux), après avoir rendu hommage au rapporteur qui a formulé des opinions très judicieuses et fait une œuvre excellente, expose comment, à son sens, la question peut être posée et résumée.

La méthode purement clinique, employée par M. R. La-

lanne, celle consistant à passer en revue la valeur du témoignage des aliénés dans les principales formes de psychoses, est presque forcément incomplète et imprécise, malgré ses apparences de rigueur.

C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que la confusion mentale ne figure pas dans le rapport. Et pourtant, elle peut, par ses amnésies et ses obtusions, déterminer de fausses croyances, partant de fausses déclarations. M. Régis a récemment relaté le cas d'un de ses malades, atteint de confusion mentale d'origine coloniale avec amnésie lacunaire, amnésie rétrograde, amnésie de fixation, délire onirique et polynévrite, qui, au milieu de son désarroi mental et du chaos de ses souvenirs, affirmait cependant un fait : c'est qu'à son retour d'Afrique il avait confié au capitaine du navire trois flacons de pierres précieuses provenant de ses travaux de prospection. Les affirmations à cet égard étaient si formelles et si nettes, que des réclamations plus ou moins sérieuses pouvaient s'ensuivre. Heureusement, le malade s'améliora et au bout d'un certain temps il reconnut spontanément que le fait, vrai en lui-même, se rapportait à un précédent voyage dans une autre colonie, celle d'où il venait ne possédant pas de pierres précieuses de ce genre. Il avait été victime de son automatisme confusionnel qui, ressuscitant dans son esprit un souvenir ancien, l'avait actualisé comme en un rêve dans le temps présent.

La méthode clinique est non seulement incomplète, mais imprécise. C'est ainsi que, dans le rapport de M. Lalanne, il est question, au paragraphe des démences, d'un cas de fausse imputation d'infanticide cité par Fritz Hartmann, dans lequel la dénonciation calomnieuse, suivant la remarque même de Hartmann et de M. Lalanne, était, non d'origine démentielle, mais d'origine onirique.

Il est donc préférable, semble-t-il, d'adopter, dans l'exposé de la question, la méthode sémiologique et d'indiquer les principales des causes psycho-pathologiques qui influent en sens divers sur la valeur du témoignage de l'aliéné ou, dans une vue plus large, sur la valeur de ses déclarations.

Et d'abord, il importe de rappeler qu'en principe et dans

les cas nombreux où ils conservent un degré suffisant de compréhension, de mémoire et de jugement, les aliénés sont susceptibles de dire la vérité, une vérité qui peut être utilisée. C'est ce que font d'ailleurs journellement les psychiâtres, en clinique médico-légale, comme en clinique courante.

Mais les dires des aliénés sont très souvent viciés et faussés. Ils le sont par un certain nombre de causes dont les principales sont les suivantes :

C'est d'abord le défaut de compréhension, qui ne permet pas aux sujets de se rendre un compte exact des faits et qui se retrouve dans les états caractérisés de dégénérescence et de démence.

C'est ensuite le défaut de mémoire ou amnésie, sous toutes ses formes et dans tous ses modes (amnésies constitutionnelles, amnésies démentielles, amnésies confusionnelles, amnésies névrosiques), incompatible avec la conservation et la reproduction des souvenirs.

Ce sont encore les hallucinations, créatrices de fausses perceptions, et parmi lesquelles il convient de distinguer les hallucinations des psychoses vésaniques et les hallucinations des psychoses oniriques, celles qui déroulent devant le malade endormi des scènes imaginaires, mais crues vraies, et contées ensuite avec toute la sincérité et la fermeté de la bonne foi. Ces hallucinations oniriques, spéciales aux délires toxiques et névropathiques, constituent une source très fréquente de faux témoignages chez les aliénés. Ce sont elles surtout qui ont provoqué les accusations et les condamnations dans les procès de sorcellerie du moyen âge. De nos jours encore elles exercent leur action, bien que sous une forme différente, et M. Régis cite le cas d'un homme récemment examiné par lui qui, sous l'influence de l'alcoolisme et d'accord avec sa femme (délire à deux), avait accusé une voisine de s'être fait avorter et d'avoir enterré le fœtus dans la cave de la maison où il l'avait, dit-il, vu et touché. Il conduisit les magistrats devant l'objet de cette vision hallucinatoire, et, bien entendu, on ne trouva rien. Poursuivi pour dénonciation calomnieuse, cet homme fut, après examen médico-légal, reconnu irresponsable.

A côté des hallucinations, se place le délire proprement dit, comme créateur de faux témoignages chez les aliénés. Tous les délires, en particulier les délires d'imagination et les délires d'interprétation, peuvent en effet conduire les malades, soit à soutenir des faits erronés, soit plutôt à apprécier d'une façon inexacte des faits réels, d'où des accusations ou des témoignages plus ou moins graves contre les personnes.

Vient enfin la mythomanie, si bien mise en lumière par M. Dupré, qui, avec l'hallucination onirique, à laquelle elle s'associe d'ailleurs parfois, plus souvent même qu'on ne le croît, représente, par un mécanisme différent et variable, le grand facteur de faux témoignages chez les aliénés.

Telles sont, énoncées à grands traits, les causes principales qui influent, en bien ou en mal, sur les déclarations des individus affectés de troubles de l'esprit ; telle est, pour ainsi dire, la sémiologie psycho-pathologique du témoignage des aliénés. Cette manière de présenter le sujet, préférable à la méthode clinique, permet aussi d'entourer des quelques explications médico-légales nécessaires. la logique mais brève conclusion du rapport sur la suspicion légitime du témoignage des aliénés en justice et sur le devoir, pour le juge, de faire procéder à l'examen d'un témoin mentalement suspect.

M. Rémond (de Toulouse). — Il me semble que l'on pourrait prendre pour l'étude qui nous occupe une classification différente et plus pratique. On pourrait en effet envisager deux cas : dans le premier, il s'agirait d'aliénés appelés à parler sur des faits qui se sont passés avant l'apparition de leurs troubles mentaux ; dans le second cas, on envisagerait les malades guéris auxquels on demande des renseignements sur des choses survenues durant leur état pathologique confirmé. J'estime que, dans un cas comme dans l'autre, il ne doit pas y être fait état de ces témoignages, et je proposerais au Congrès d'émettre deux vœux.

Le premier serait que la loi déclarât la suspicion légitime de la déposition de tout individu aliéné ou ayant été aliéné.

Le second cas aurait pour but de tenir compte aux magis-

trats, tant pour leur avancement que pour les fonctions de l'instruction, du certificat d'études pénales qu'ils auraient obtenu dans une faculté de droit.

M. Mabille (de la Rochelle), estime que, conformément à la conclusion du Congrès de la Rochelle, le témoignage des aliénés ne saurait être accepté par les autorités compétentes qu'avec la plus grande réserve.

Il rapporte plusieurs observations personnelles concernant les dénonciations d'aliénés persécuteurs, d'aliénés âgés « qu'on vole ou qu'on viole ». Il insiste sur le témoignage des épileptiques qui accusent de façon différente : une épileptique qui se sera contusionnée accusera, par amnésie, le personnel de l'avoir frappée, parce qu'elle trouve au réveil des blessures sur son corps et qu'elle a perdu le souvenir de sa crise. Une autre épileptique, par une sorte de folie morale, se frappe elle-même pour accuser son entourage de l'avoir blessée.

M. Mabille signale en outre la tendance aux complots dont sont coutumiers les aliénés circulaires dans la période d'excitation, et il rapporte le fait de deux de ces aliénés qui, lorsqu'ils avaient, selon leur expression, « bien dressé les idiots » des services, adressaient au parquet des accusations diverses contre le personnel, en invoquant le témoignage des aliénés auxquels ils avaient suggéré les dépositions qu'ils avaient à faire devant les magistrats.

M. Dupré (de Paris). — Les psychopathes en liberté, considérés par le public comme sains d'esprit parce qu'ils ne délirent pas ouvertement, tels que les intoxiqués, les passionnés, les interprétatifs, les imaginatifs et nombre de paranoïaques, etc., commettent beaucoup plus de faux témoignages que les aliénés proprement dits. Ils déposent en justice sous la foi du serment ; or, le serment est loin d'avoir la valeur qu'on lui attache. Et cela n'est pas seulement vrai pour l'aliéné, mais aussi pour les sujets normaux. Le plus souvent, il faut le dire, le serment n'ajoute au témoignage qu'une garantie illusoire.

M. Ladame (de Genève). — Le faux témoignage des aliénés en justice, peut être considéré à un autre point de vue qui ne rentrait pas précisément dans le programme du rapporteur et qui n'a pas été touché dans son travail si intéressant et si fortement documenté. C'est pourquoi je voudrais en dire un mot. Le faux témoignage expose, en effet, celui qui le certifie, à une condamnation plus ou moins sévère. On trouve dans tous les codes pénaux un article qui vise les *faux témoins*. En Suisse, la revision de notre Code pénal est à l'ordre du jour depuis quelques années. Il y a déjà eu trois avant-projets qui ont été discutés et remaniés dans les commissions de juristes nommées par le Conseil fédéral. La Société des Médecins aliénistes suisses s'en est aussi occupée à plusieurs reprises. Le 26 novembre 1910, je présentais à cette Société un rapport contenant quelques remarques psychiâtriques sur le nouvel « Avant-projet du Code pénal fédéral d'avril 1908 », dont la discussion avait été inscrite à votre ordre du jour. Je demandais à cette occasion que l'on ajoutât à l'article 216, visant les faux témoins, un alinéa ainsi conçu : « Avant de condamner un faux témoin, le juge « pourra le faire examiner au point de vue mental. » Cette proposition donna lieu à un intéressant débat contradictoire. La Société adopta finalement ma proposition sous la forme suivante, que je soumets au Congrès comme un vœu à discuter : Avant de mettre en accusation un faux témoin, le juge pourra le faire examiner au point de vue mental. Je pense qu'il serait utile d'introduire un article semblable dans les Codes pénaux, afin de rendre les juges attentifs aux troubles mentaux qui peuvent se manifester par de faux témoignages, et qui sont de nature à atténuer ou à supprimer même l'imputabilité des faux témoins.

M. Ley (de Bruxelles). — On devrait faire appel à l'expérimentation psychologique et utiliser cette méthode en vue d'apprécier la valeur du témoignage.

M. Régis. — C'est un examen psychiâtrique qui est nécessaire et non pas une analyse psychologique.

M. ARNAUD (de Vanves). — Mais il reste bien certain que même après un examen de ce genre, le témoignage d'un aliéné ne peut être considéré comme valable.

M. Maurice DIDE (de Toulouse). — 1° Le témoignage perd toute valeur, du fait de l'affaiblissement du niveau mental (confusion mentale, démence, hypogénésies cérébrales) ;

2° Le témoignage a une valeur variable, quand les troubles frappent isolément un des éléments principaux de la *conscience*.

La mémoire, en l'espèce, est l'élément le plus important et ses altérations, à l'état presque pur, s'observent dans certaines lésions circonscrites du cerveau, dans la presbyophrénie, les névrites périphériques, etc. Le témoignage, en ce cas, ne saurait être accepté.

Les affaiblissement de l'*attention volontaire* sont l'élément psychologique principal des manifestations maniaques dépressives. Ici, le témoignage, suivant les cas, a une valeur nulle ou atténuée.

Les troubles du *jugement* interviennent surtout dans les états paranoïaques purs sans interprétations délirantes (type délire de revendication) et le témoignage peut être accepté pour les faits indépendants de l'idée prévalente. Il doit généralement être repoussé, si le malade est sujet à des interprétations délirantes.

Les troubles de perception (illusions, hallucinations), introduisent dans la conscience des éléments erronés qui doivent faire rejeter le témoignage des malades qui présentent ces troubles :

3° La valeur du témoignage peut être faussée par une tendance plus ou moins inconsciente au mensonge (mythomanie). Cette aptitude fabulatrice est tantôt le résultat d'une désharmonie entre le psychisme automatique et le psychisme volontaire (pythiatisme, hystérie), tantôt traduit un trouble localisé de la mémoire (paramnésie, illusion du souvenir), tantôt enfin se rencontre chez des pervertis moraux.

M. Jude (de Lyon). — J'ai pu observer dans les corps spéciaux d'Afrique un certain nombre de faits qui confirment pleinement ce que M. Lalanne a écrit sur le témoignage et la suggestibilité des dégénérés.

Quelle valeur faut-il donc attribuer aux témoignages des militaires appartenant aux bataillons d'Afrique, ateliers de travaux publics, pénitenciers ?

A eux, comme à tous les milieux, s'applique d'abord ce que dit M. Lalanne au sujet de la valeur relative de tous les témoignages, même en supposant nos soldats honnêtes, de bonne foi, d'intelligence moyenne, sans passion ou intérêts puissants, leur témoignage est sujet à de nombreuses causes d'erreur.

Prenons maintenant des causes d'erreur plus spéciales à ce milieu : ces hommes mentent d'abord parce qu'ils sont des *dévoyés*. Très vaniteux, ils en veulent à la société de ne pas reconnaître leurs mérites. Dès lors, ils s'uniront d'instinct et immédiatement pour tromper les représentants de cette société (magistrats, officiers). Il leur en coûtera d'ailleurs très peu, car le mensonge et le vol sont pour eux de bons tours. Le métier de souteneur leur paraît une profession distinguée et enviable.

Ce sont des amoraux inadaptés, des non éduqués.

Leur anormalité va être par elle-même une source de faux témoignages. Nombre de ces hommes mentiront par impulsion morbide à tromper. On peut trouver chez eux toutes les formes de mythomanie de Dupré.

A ces causes d'erreur s'ajoutent des motifs tenant à la mentalité collective que ces hommes ont acquise depuis l'enfance en vivant en bande de maraudeurs, de voleurs, d'apaches, mentalité qui se développe encore dans les corps dont nous parlons. Une des premières conséquences de cette vie en commun est le développement de la pédérastie, susceptible de pousser certains hommes à mentir pour sauver ou accuser ceux qu'ils aiment ou haïssent.

D'autre part, dans un tel milieu renfermant nombre d'anormaux, particulièrement de débiles rendus plus suggestionnables par la vie en foule composée d'individus tous aigris

et haineux envers la société, on comprend, d'une part comment un fait inventé de toutes pièces par vengeance ou mythomanie peut être colporté et affirmé ; comment, d'autre part, le récit d'un fait réel, dénaturé avec dessein par les uns, altéré de façon inconsciente ou subconsciente par les autres, peut n'avoir aucun rapport avec la réalité.

Une troisième cause d'erreur tenant au milieu, est la division de ces hommes en bandes ennemies dirigées par des meneurs brutaux. Le faible, le passif, est obligé par force de mentir pour soutenir ses amis, « charger » ses ennemis.

Nous arrivons enfin à des causes de mensonges plus morbides.

Vivant et ayant toujours vécu en lutte avec la société et ses représentants, étant de plus en lutte avec leurs camarades des bandes adverses, brimés par leurs chefs d'association (sous la férule desquels ils ont un besoin instinctif de se mettre), ces hommes sont en état de guerre perpétuelle.

Leur irritabilité sans cesse surexcitée par les disputes entre bandes ennemies, peut l'être encore par des mesures parfaitement légales, mais dont ils ne comprennent pas la portée générale et qu'ils croient dirigées contre eux. Il peut arriver enfin qu'une injustice se commette.

A certains moments, la collectivité se passionnera pour un événement, vibrera davantage, et alors apparaîtront nettement des idées de persécution. Certains prédisposés deviendront même des persécuteurs pour se préserver.

On trouvera une confirmation de ce qui précède dans la littérature si spéciale de ces militaires. Elle traduit cette haine de la société, ces lacunes profondes dans le jugement, cette perversion du sens moral, cette vanité ridicule, cet entraînement presque impulsif vers la fourberie, les excès, les violences.

Des observations faites récemment par nos camarades exerçant la médecine dans les compagnies de discipline montrent que la mentalité des militaires de ces corps présente de frappantes analogies avec celle des soldats dont nous venons de parler.

Ce qui est étonnant dans de pareils milieux, ce n'est pas

que les témoins mentent, c'est qu'il puisse y en avoir parfois qui disent la vérité, uniquement parce qu'elle est la vérité.

L'examen mental permettant un triage de ces hommes doit être la base de toute organisation.

Elimination des aliénés par réforme, division des autres soldats en un petit nombre de catégories, mesures de répression impitoyables contre les meneurs qui brutalisent leurs camarades, les empêchent de pouvoir se relever moralement, et les obligent à mentir, voilà, nous semble-t-il, les mesures nécessaires.

Joignons à cela une vie en colonnes fréquentes mettant à profit les tendances de ces instables, et affirmons hautement la nécessité de se faire craindre de ces hommes, de les tenir sous une discipline très ferme, qui est pour eux une nécessité collective et aussi un moyen d'éducation individuelle remplaçant le frein personnel, la discipline interne qu'ils acquerront peu à peu en s'habituant à se plier aux justes exigences de la loi.

Il est enfin à désirer que le public, mieux renseigné sur ces militaires, n'accepte pas sans contrôle sérieux toutes leurs accusations, n'admette pour vraie aucune de leurs affirmations, qu'elle n'ait été vérifiée par une méthode rigoureusement scientifique.

Ces mesures permettraient de préserver de la contagion un certain nombre d'hommes et de les relever.

Ce qu'il faut surtout, c'est préserver l'enfance, et, par une hygiène physique et morale, par une discipline sociale plus éclairée et plus stricte, la soustraire aux influences néfastes, aux poisons moraux, aux maladies, aux toxiques, à l'alcool surtout, qui nous donnent de tels sujets.

En attendant que ce but soit atteint, il serait à désirer que des dispositions fussent prises pour limiter au minimum l'entrée de tarés mentaux dans l'armée.

M. Granjux (de Paris). — Ce que vient de dire M. Jude montre toute l'importance du témoignage des aliénés en justice militaire. Je suis tout à fait d'accord avec lui. J'estime que les dépositions des hommes des corps d'épreuve et des

habitués des établissements pénitentiaires sont, généralement en désaccord avec la réalité des faits, la chose est d'autant plus importante à savoir que les affaires auxquelles ces militaires sont mêlés sont toujours graves ; il y a souvent des têtes en jeu.

Mais si ces dépositions sont contraires à la réalité des faits, il s'en faut de beaucoup qu'il s'agisse toujours de mensonges et qu'on ait toujours devant soi des faux témoins. Pour bien saisir la situation, il convient de se rappeler que l'armée constitue un milieu si éminemment suggestible que ses vrais chefs sont justement appelés des « entraîneurs d'hommes ». Cette suggestibilité devient excessive quand il s'agit des groupements d'anormaux psychiques qui constituent les corps d'épreuve.

Aussi, quand je vois un homme affirmer énergiquement, sans hésitation, sans réticence, malgré les témoignages les plus opposés, un fait dont la réalité n'a aucune importance pour lui, quand il maintient son dire malgré la condamnation lourde dont il est menacé, et qu'il sait devoir le frapper, s'il persiste, je ne puis alors m'empêcher de penser qu'avant de faire de lui un faux témoin, il est juste, il est prudent, il est humain, de faire déterminer l'état de son psychisme. Aussi, je me rallie complètement à la proposition de M. Lalanne.

M. le Rapporteur a rappelé la proposition faite à Genève en 1907, de faire assister l'expert aux dépositions des témoins, de façon qu'il put apprécier celles-ci et en indiquer la valeur. Eh bien, je souhaiterais que pareille mesure fût prise pour les dépositions des hommes des corps d'épreuve, dont la mentalité a été si bien exposée par mon ami Jude. Je voudrais qu'aucun témoignage de ces militaires ne fût accueilli par la justice avant d'avoir été pesé et contrôlé par une personne autorisée ; je suis convaincu que cette intervention de la médecine légale dans l'instruction donnerait à l'armée plus de justice et ferait disparaître un élément de discorde sociale.

M. Granier, inspecteur général, reconnaît l'importance qu'il y aurait à introduire dans le Code d'instruction crimi-

nelle des modifications dans le sens des propositions qui viennent d'être faites et appuie les vœux suivants qui sont adoptés par le Congrès :

1° *Le témoignage des individus présentant ou ayant présenté des troubles de l'esprit, quels que soient leur époque et les faits sur lesquels ils portent, doit être frappé de suspicion ;*

2° *Les certificats d'étude de science pénale, délivrés par les Facultés de droit, devraient valoir des avantages matériels aux magistrats dans leur carrière, et notamment leur faciliter l'accès aux fonctions de juge d'instruction ;*

3° *Il est désirable que la capacité de témoignage des individus atteints ou suspects de troubles mentaux soit déterminée par un examen psychiâtrique ;*

4° *Avant de mettre en accusation un faux témoin, le juge pourra le soumettre à un examen mental,*



III

COMMUNICATIONS

PSYCHIATRIE

Note sur la Formule leucocytaire chez les aliénés

par MM. C. PARHON et G. DAN (de Bucarest)

Dans une communication présentée au Congrès de Bruxelles (1910), l'un de nous a rapporté le résultat des recherches qu'il a poursuivies avec Urechie sur la formule leucocytaire chez les maniaques et les mélancoliques.

Bien que l'étude du sang dans les différentes psychoses ait fait l'objet de recherches de plusieurs auteurs, la question nous semble mériter encore l'attention des observateurs.

Aussi nous avons estimé intéressant de la reprendre, en étudiant dans cette note la formule leucocytaire dans des nouveaux cas de manie et mélancolie, ainsi que dans d'autres psychoses : psychose périodique, démence précoce, épilepsie, pellagre, etc.

Nous résumerons dans les tableaux suivants le résultat de nos recherches.

NOM DES MALADES	POLYNUCLÉAIRES	GRANDES MONONUCLÉAIRES	MOYENNES MONONUCLÉAIRES	LYMPHOCYTES	ÉOSINOPHILES	FORMES DE TRANSITION	MASTZELLEN	OBSERVATIONS
PSYCHOSES AFFECTIVES (MANIE, MÉLANCOLIE) ET PÉRIODIQUES								
Pépi V.	56.1	8.4	12.4	16.5	6.6	—	—	Femme de 46 ans. Dépression, inhibition psycomotrice, idées de négation et d'énormité. Amélioration considérable L'examen a été fait pendant la maladie accentuée. 92 pulsations par minute.
Profira Ord. .	45.8	11	2	37	2	2	0.2	Femme, 26 ans. Tristesse, tentative de suicide. Inhibition psychomotrice. Hypertrophie thyroïdienne. 116 pulsations par minute. Guérison. . L'examen fut pratiqué au commencement de celle-ci.
Benedetta A.	54.7	18.5	0.5	20	0.6	5.5	0.2	Femme de 46 ans. Ménopause. Faciès congestionné. Inhibition psychomotrice. Tremblement vibratoire.
Dum	68	5	6	19	2	—	—	Jeune femme. Obsessions, phobies, anhedonie. Forme légère de mélancolie.
Carolina C. . .	64.3	11.6	4.4	18.2	1.1	0.4	—	48 ans. Psych. Maniaque-dépressive. Etat mixte. Examiné dans une période d'amélioration.
Susana B. . ,	60,9	13.4	9.4	14.2	2.1	—	—	55 ans. Psychose-périodique. Morphinomane. Idées de persécution. Irascibilité. Hallucinations. Examen pendant cet état. Guérison.
Maria D. . . .	58.6	13.5	4.5	22.2	0.9	0.3	—	20 ans. Hypertrophie thyroïdienne. 100 pulsations. Euphorie. Erotisme. Mobilité de l'attention. Hypomanie. Sort guérie.
Jeanne	77.3	4.1	3.8	1	0.5	0.3	—	20 ans. Hypomanie légère. Euphorie. Chante, fait des plaisanteries Sort guérie. Examen pendant l'état hypomaniaque comme dans le cas précédent.

NOM DES MALADES	POLYNUCLÉAIRES	GRANDES MONONUCLÉAIRES	MOYENNES MONONUCLÉAIRES	LYMPHOCYTES	ÉOSINOPHILES	FORMES DE TRANSITION	MASTZELLEN	OBSERVATIONS
PSYCHOSES AFFECTIVES (MANIE, MÉLANCOLIE) ET PÉRIODIQUES (*Suite*)								
V. Mich. . . .	78.9	7.6	6	5.2	2.3	—	—	35 ans. Excitation maniaque, fuite d'idées, chante, pornographique, etc.
DÉMENCE PRÉCOCE								
Nastasia L. .	55.5	18.1	11.1	10.5	4.3	0.5	—	41 ans. Démence paranoïde.
Preda C. . . .	65	12	12.3	9.1	1.5	0.1	—	Femme 35 ans. Antécédents pellagreux. Catatonie, catalepsie, mutisme, négativisme. Malade depuis plusieurs annees. Succombe
Eti M.	69	10.7	4	16	0.1	0.2	—	44 ans. Suggestibilité. Rire sans motifs. Négativisme. Soliloques.
V. Dasc. . . .	52.9	12	18.9	12.2	1.9	1.9	0.2	Homme, 25 ans. Suggestibilité Maniérisme. Soliloques. Paralogie.
Radov.	71	7	11	10.7	0.3	—	—	25 ans. Hypertrophie thyroïdienne Petite ulcération à la jambe. Catalepsie. Maniérismes. Soliloques.
V. Rus	59.8	8.5	12.2	18.7	0.8	—	—	Homme, 28 ans Démence précoce. Catatonique
Cécile S	52	14.5	9	15	2.5	Formes degenératives mal precisées 7	—	35 ans. Aménorrhée. Irrascibilité. Congestion du visage. Prétend qu'on l'endort par des suggestions, qu'on la rend folle, que l'hospice est une maison de prostitution. Semble avoir des hallucinations auditives. Démence paranoïde.

NOM DES MALADES	POLYNUCLÉAIRES	GRANDES MONONUCLÉAIRES	MOYENNES MONONUCLÉAIRES	LYMPHOCYTES	EOSINOPHILES	FORMES DE TRANSITION	MASTZELLEN	OBSERVATIONS
EPILEPSIE								
R. Cod	71.6	9	8.6	7.1	3.7	—	—	Débilité mentale. Hypertrophie thyroïdienne. Accès épileptiques rares.
Jeanette M . .	68	4	1	26	1	—	—	Epilepsie consécutive à la castration. Accès de fréquence moyenne. 28 ans.
PSYCHOSES PELLAGREUSES								
Radu J. . . .	67	3	4	25	1	—	—	35 ans. Psychose à forme expansive et mégalomaniaque.
Balasa V. . .	58.1	10.5	12,4	17	0.4	0.6	—	33 ans Goîtreuse A été internée il y a quelques années (1903) avec le diagnostic de psychose pellagreuse. Revient en état de démence mais sans phénomènes pellagreux évidents en 1910.
CAS DIVERS								
Al. Steg. . . .	64.4	15.3	0.2	16	1.8	2.3	—	38 ans. Entrée en octobre 1905 avec une psychose confusionnelle et agitée et en même temps un syndrome basédowien complet (Cas publié par Zalplachta Spitalul. 1906). Aujourd'hui il n'y a plus de Basedow ni d'agitation, mais simplement un état de démence.
Sanda C. , , .	48	15	16	16.4	4	0.6	—	Femme atteinte de crétinisme, débilité mentale, goître, taille petite, carie dentaire, polydactilie rudimentaire

Si on examine les tableaux précédents on constate que dans la mélancolie le nombre de polynucléaires neutrophiles est diminué, car nous trouvons dans trois cas sur quatre des chiffres inférieurs à 60 et dans un cas, seulement 45,8. Ce n'est que dans le cas Dum.... de mélancolie légère, qui pourrait être considéré aussi bien comme un cas de psychasthénie et qui d'ailleurs provient de la clientèle privée de l'un de nous, que nous trouvons un nombre plus grand de polynucléaires.

Cette diminution des polynucléaires avec d'autres phénomènes, sur lesquels l'un de nous a insisté dans des travaux antérieurs, rapproche la mélancolie du syndrôme de Basedow.

Il faut dire pourtant que nos recherches antérieures nous ont montré qu'il existe aussi des cas de mélancolie sans cette diminution des polynucléaires.

Notons encore que dans un de nos cas actuels il existe une éosinophilie assez prononcée (6,6 %).

Deux fois sur 3 cas de manie nous avons trouvé par contre une polynucléose (77,3 et 78,9) ; dans le troisième cas on ne trouve que 58,6, chiffre normal ou à peu près.

Enfin les polynucléaires sont en nombre normal dans les deux cas de psychoses périodiques avérées. (Nous n'excluons pas la possibilité de ce diagnostic ou de celui de psychose maniaque-dépressive dans nos cas de manie ou mélancolie, ne voulant indiquer par ces deux derniers mots que les syndromes observés par nous chez les malades en question).

Bruce et Peebles ont observé aussi la polynucléose dans des cas de manie, ce qui concorde avec nos constatations. Mais, ainsi que l'un de nous l'a montré dans sa communication avec Urechie, au Congrès de Bruxelles, on trouve assez souvent des cas de manie avec mononucléose.

Rappelons encore que Pighini et Paoli n'ont trouvé rien de caractéristique dans la psychose maniaque-dépressive, que Havart a trouvé de la polynucléose et que pour Ermakow chez les circulaires le changement des phases s'accompagne d'une inversion de la formule leucocytaire,

les mononucléaires étant plus fréquentes dans les périodes expansives que dans celles dépressives.

Nous dirons enfin que, pour Somers, les éosinophiles sont très augmentées dans la manie, ce que nos recherches ne nous permettent pas de confirmer.

En ce qui concerne la démence précoce, nous trouvons trois fois sur 7 cas la diminution des polynucléaires et deux de ces trois cas se rapportent à la démence paranoïde, l'autre étant un cas de catatonie.

Le chiffre le plus fort de polynucléaires (71) fut trouvé chez une malade présentant des phénomènes catatoniques datant depuis à peu près une année. La légère ulcération de la jambe était peut-être pour quelque chose dans ce chiffre.

Une seule fois sur nos sept cas nous avons noté l'éosinophilie.

Parmi les auteurs qui ont étudié la formule leucocytaire dans la démence précoce, nous citerons Lhermite et Camus, Bruce et Peebles, Dide et Cheinais, Kuhn, Sandi, Purdum et Wels, Heilmann, Ermakow.

Ces différents auteurs sont d'accord sur l'augmentation fréquente des mononucléaires dans la démence précoce, ainsi que sur l'augmentation fréquente des éosinophiles.

Dide et Cheinais trouvent l'éosinophilie 12 fois sur 18 cas, tandis que Lhermite et Camus l'ont rencontrée quatre fois sur 30 cas. Nos chiffres (une fois sur 7 cas) se rapprochent de ceux de ces derniers auteurs.

En ce qui concerne l'épilepsie, nous noterons l'augmentation des éosinophiles trouvée dans notre premier cas et nous rappellerons que les recherches de Kroumbmiller, Morselli et Pastori, Pearce et Boston, Didc montrent que ce phénomène se retrouve assez souvent dans l'épilepsie. Nous passerons sur les deux cas de pellagre, d'autant plus que ce n'est que dans le premier que nous avons trouvé les signes de pellagre récente.

Nous remarquerons que chez la démente consécutive au syndrome de Basedow on ne retrouve plus la mononucléose de ce syndrome (observée par Kocher, Coro,

Mikaïlow, Marinesco, l'un de nous avec Urechie, etc.) et que chez la malade atteinte de crétinisme, on a observé l'augmentation des éosinophiles, fait observé par Bezançon et Labbé dans le myxœdème. Comme cette dernière malade, l'épileptique à éosinophilie était porteuse d'un goître.

Nous ne chercherons pas à tirer des conclusions précises des faits qui précèdent.

Il ne nous a pas semblé qu'on puisse établir nettement la formule leucocytaire de telle ou telle psychose. Mais il résulte de nos recherches, ainsi que de celles des auteurs cités, que les altérations de la formule leucocytaire sont fréquentes dans les psychoses.

Il reste à préciser les causes de ces altérations et si elles sont les conséquences de l'affection psychique (autrement dit : cérébrale) ou plutôt l'expression d'une perturbation du milieu nutritif qui détermine en même temps la psychose.

Ces modifications de la formule leucocytaire montrent une fois de plus que chez les malades, auxquels le psychiâtre est appelé à donner des soins, il y a en général plus qu'une maladie psychique (ou cérébrale) et que ce dernier doit toujours avoir en vue l'ensemble de l'organisme.

Amnésie et Fabulation (Presbyophrénie)

par M. Eugène GELMA (de Nancy).

Nous avons apporté au précédent congrès de Bruxelles, (1910) une observation typique du syndrome presbyophrénique associé à la polynévrite chronique des membres inférieurs. Il ne nous a pas été donné de retrouver chez notre malade les différences d'aspect clinique qui séparent d'après Krœplin la psychopolynévrite chronique de la presbyo-

phrénie. Krœplin oppose, en effet, à la démence Korsakowienne la presbyophrénie qui est pour lui une forme de démence sénile et dont les caractères distinctifs seraient la gaîté, l'activité, le bavardage, la puérilité, le déficit psychique considérable. Le diagnostic serait fort difficile, ajoute Krœplin, lorsque l'alcoolisme chronique est concomittant et surtout lorsqu'il se traduit par des accidents névritiques.

Chez notre malade, qui présentait un syndrome presbyophrénique très net, la polynévrite des membres inférieurs s'expliquait par l'abus prolongé des boissons alcooliques, en particulier du vin blanc.

Dupré et ses élèves ont montré (1) la fréquence de la polynévrite chronique chez les presbyophréniques. D'autre part on ne peut affirmer toujours la psychopolynévrite chronique lorsque l'on constate l'amnésie de fixation liée à l'onirisme et à la fabulation ; la clinique journalière nous offre d'ailleurs de nombreux exemples de presbyophrénie sans troubles névritiques.

Devaux et Logre (2), dans un mémoire qui met au point la question, envisagent la presbyophrénie comme un *syndrome* fait d'*amnésie de fixation* et *de confabulation*. Lorsque l'affaiblissement intellectuel et l'amnésie de fixation surviennent sur un terrain de mythomanie constitutionnelle, sur un terrain propice à l'activité fabulante, le malade a tendance à remplacer les acquisitions du présent par des évocations très vivaces empruntées au passé, c'est ce que Devaux et Logre appellent la *fabulation complémentaire* dont la richesse est directement proportionnelle à l'activité mythique. Cette fabulation paramnésique ou ecmnésique se retrouve ainsi dans les états d'affaiblissement intellectuel portant électivement sur la mémoire et *l'imagination*,

---

(1) DUPRÉ et René CHARPENTIER. Psychopolynévrites chroniques et démence. Encéphale, 1909.

E. GELMA. Les psychopolynévrites choniques. XXe Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 1910.

(2) DEVAUX et LOGRE. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, no 1, 1911.

elle peut constituer un *syndrome* particulier, le *syndrome presbyophrénique* au cours de la démence sénile ou de la psychopolynévrite chronique. La presbyophrénie ne peut donc être considérée comme une entité morbide particulière, puisqu'elle peut être reconnue dans tous les états démentiels à la base desquels se retrouve la déséquilibration constitutionnelle de *l'imagination*.

L'observation suivante est un exemple très net de fabulation ecmnésique sans polynévrite.

OBSERVATION

Démence, alcoolisme chronique, amnésie de fixation absolue, désorientation, rêverie, fabulation ecmnésique, absence de polynévrite.

Alfred R., 67 ans, douanier retraité, entré à l'asile de Maréville (Nancy), le 27 juin 1910. Le médecin qui adresse le malade à l'asile, constate des idées de persécution dirigées contre les siens et du désordre des actes.

Antécédents. — Antécédents héréditaires inconnus. L'enquête sur les antécédents personnels du malade n'apporte aucune notion d'affection organique ou d'accidents psychopathiques. A 45 ans, quelques troubles gastriques qui nécessitèrent un séjour à l'hôpital de Lunéville. Le malade buvait beaucoup. Ivresses fréquentes, états d'excitation violents au cours desquels il frappait sa femme et ses enfants d'où séparation de corps.

Il a été douanier. Très bien noté dans son service où il a fait preuve aux dire de ses chefs, de beaucoup d'activité et d'intelligence. Retraité après quinze ans de services comme douanier de 1[re] classe. Employé ensuite dans une blanchisserie pendant trois ou quatre ans. Vers cette époque, il a alors 62 ans, il devient instable, change souvent de domicile, fait des fugues de plusieurs jours.

Début des troubles psychiques. — On ne s'est aperçu des troubles psychiques que quinze jours environ avant l'internement : c'étaient des idées de persécution avec un état d'anxiété, de terreur; le malade voyait des gens armés prêts à lui couper le cou, tenait dans sa poche un rasoir pour s'en servir contre ses ennemis ou contre lui-même. Insomnie complète, agitation nocturne. On avait déjà remarqué avant l'explosion de ces accidents subaigus toxiques, des troubles de la mémoire, une certaine euphorie, des fausses reconnaissances.

A l'asile, M. le D[r] Paris, chargé de cours à la Faculté, résume la situation par le certificat suivant : « Affaiblissement intellectuel

profond avec altération très accusée de la mémoire des faits récents, désorientation complète, ne peut dire en quelle année il est né. Erreurs de personnalité, troubles surtout occasionnés par de longs et grands excès alcooliques. R... se croit à Maréville depuis six à huit jours, se figure que nous sommes à la fin du mois d'août et il prétend connaître « tout le monde ici ». Il a un peu conscience de cet affaiblissement intellectuel (29 juin 1910). En même temps, on notait dans le service du tremblement des extrémités et une certaine parésie des membres inférieurs avec difficulté de la station debout.

Le 13 juillet 1910, M. le Dr Paris confirmait ainsi le diagnostic : « Affaiblissement intellectuel profond, erreurs de personnalité, désorientation dans le temps complète, quelques idées de persécution et récriminations enfantines. Incapable de se diriger et de se donner à lui-même le moindre soin. »

Etat actuel. — Affaiblissement psychique, troubles de la mémoire de fixation, incapacité absolue de retenir un souvenir, une physionomie, un mot, un chiffre, désorientation, fausses reconnaissances, euphorie, jovialité, conscience partielle des troubles amnésiques : manifeste son étonnement de ne pas savoir où il se trouve, fait des gestes de découragement lorsqu'on le sollicite de reconnaître un ami, manifeste la douloureuse surprise de l'aphasique moteur en présence de ses troubles aphémiques.

R... se croit à son service de douanier, se promène dans la cour, surveille les allées et venues des malades, donne des ordres « pour que le casernement soit bien tenu ». Interrogé, il déclare être de garde. Il est toujours souriant, affable, bienveillant, se découvre quand on lui adresse la parole. Il fait, lorsqu'on le questionne, des récits sur ce qu'il a fait la veille : ce sont des voyages, des spectacles auxquels il a assisté. des scènes plus ou moins dramatiques d'affaires de contrebande où il a opéré des arrestations, dressé des constatations, pris des mesures contre « les porteurs de ballots », etc. Il convient de noter l'imprécision remarquable, les lacunes, les variations des descriptions que l'on peut modifier au gré de l'interrogatoire. Le malade donne des noms aux infirmiers, reconnaît. dans un surveillant du service, un sous-brigadier de douane, prend le médecin qu'il voit tout les jours, tantôt pour un de ses amis d'enfance, tantôt pour un inconnu qu'il rencontre pour la première fois.

L'amnésie de fixation, très nette est facile à mettre en lumière, par les procédés usuels.

L'humeur est faite d'indifférence et de passivité. de bienveillance. Si on ne l'interroge pas, le malade reste assis sur un banc, n'adresse

la parole à personne, pas même au médecin ou à ceux qui lui causent fréquemment. Mais, sollicité, il se lève, soulève son chapeau avec le sourire le plus affable. Il se soumet avec apathie aux divers actes de la vie régulière de l'asile, montrant ainsi la persistance de son activité automatique et la disparition de toute spontanéité (1).

Quelques fragments de l'observation pris à plusieurs jours d'intervalle montreront mieux que toute description, l'amnésie de fixation et la fabulation.

9 juillet 1911.

D. — Vous ne m'avez jamais vu ?

R. — Je ne crois pas.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je suis né en 64.... je ne puis m'en rappeler, c'est le voyage qui m'a troublé, c'est le chemin de fer.

D. — Quel chemin de fer ?

R. — Je viens d'arriver à la minute.

D. — Où étiez-vous hier ?

R. — Je suis perdu ! Je ne me rappelle pas ! Etais-je dans le bois pour faire ma ronde ? Je ne sais vraiment plus.

D. — Donnez-moi des détails sur ce que vous avez fait hier ?

R. — Je n'ai plus aucun souvenir. — C'est étonnant.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quel métier faites-vous ?

R. — Je suis cordonnier.

D. — Et la douane ?

R. — Je suis retraité... je ne me rappelle pas si j'ai repris du service. — C'est curieux d'avoir perdu ainsi ma mémoire.

D. — Quel âge ont vos enfants ?

R. — Je ne puis répondre pour le moment. Tout m'est sorti de la tête.

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — Je ne sais pas. — Je n'y comprend rien (il fait des efforts et des gestes comme pour essayer de se retrouver).

---

(1) Notons accessoirement l'absence d'idées délirantes, de troubles psycho-sensoriels, le résultat négatif de l'enquête somatique au point de vue de la recherche d'une lésion viscérale ou de signes d'encéphalopathie organique, de signes de lésions corticales circonscrites ou diffuses. Nous verrons que ce malade n'a pas la moindre trace de lésion névritique.

12 juillet 1911.

D. — Me connaissez-vous ?

R. — Non... je ne crois pas vous avoir vu, peut-être êtes-vous un officier, M. Schmitt.

D. — Qui est-ce M. Schimtt ?

R. — C'est mon lieutenant de douane.

D. — Que faites-vous ici dans cet établissement ?

R. — Je fais mon service de garde, j'ai été rappelé pour faire mon service de douanier.

D. — Où étiez-vous hier ?

R. — J'ai été arrêté je crois, je ne me rends pas bien compte de ce que j'ai pu faire ; les gendarmes m'ont pris sur le chemin.

25 juillet 1911.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je suis de 44.

D. — Où étiez-vous hier ?

R. — J'étais parti, je ne sais où, mais c'était très loin.

D. — Où étiez-vous ? Cherchez bien.

R. — Oui, c'était du côté de Toqueville (1), l'histoire de voir ce qu'il se passe.

D. — Me connaissez-vous ?

R. — (Il regarde attentivement avec son sourire d'étonnement). Non Monsieur, non.... je crois vous avoir vu quelque part, votre figure ne m'est pas inconnue, mais je ne sais pas qui vous êtes.

D. — Retenez le chiffre 10.

R. — Oui.

D. — Quel grade aviez-vous au régiment ?

R. — Sergent à la 13e section d'ouvriers.

D. — Quel chiffre vous ai-je demandé ?

R. — ... (il cherche vainement).. je ne sais pas.

D. — Vous rappelez-vous de l'affaire Schnœblé ?

R. — Ce doit être le voleur d'un million, peut-être, on en a parlé beaucoup.

D. — Qui était Schnœblé ?

R. — C'est un homme de Paris.

La fabulation ecmnésique est moins accentuée qu'autrefois. Lors de son entrée à l'asile, son activité était incessante, il parcourait les

(1) Inutile de dire que le malade n'a pas quitté l'asile depuis son entrée en juin 1910.

salles du serviee, donnait des ordres aux malades ou aux infirmiers qu'il prenait pour des agents des douanes, leur dictait des eonsignes pour la surveillanee, dressait des constatations, se tenait aux aguets. Il revivait ainsi une époque lointaine de son existenee.

Aujourd'hui les rêveries sont moins riehes, les facultés psychiques s'affaiblissent, l'aetivité a fait place à l'apathie, l'évocation des souvenirs aneiens devient difficile.

La confabulation offre chez notre malade des caractères particuliers. L'amnésie de fixation conditionne le rappel des souvenirs anciens, très vivaces ; les événements de la vie passée surgissent pour remplacer les représentations actuelles qui ne laissent pas de trace dans la conscience.

Mais le malade évoque des souvenirs anciens, une *époque précise de sa vie.* Tout un chapitre de son existence surgit et vient alimenter les rêveries. Ce sont des *souvenirs vécus* et non une production de l'imagination qui assemble dans le présent des événements disparates dont le lien est fictif.

L'examen somatique le plus minutieux n'a pas fait découvrir de polynévrite chronique ou des sequelles d'une polynévrite aiguë ou subaiguë ancienne. Les reflexes tendineux sont plutôt brusques, il n'existe pas de traces de troubles trophiques.

Cette absence de polynévrite, l'humeur enjouée du malade, son euphorie, son exubérance, sont pathognomoniques pour Krœplin. Notre malade serait donc pour Wernicke et Krœplin, un « presbyophrénique ». Et cependant, l'amnésie de fixation et la confabulation existent dans un grand nombre d'états démentiels (psycho-polynévrites aiguës ou chroniques, épilepsie, démence sénile, démence toxique, démence paralytique). La *presbyophrénie* ne paraît être, comme l'ont très bien dit Devaux et Logre « qu'une variété de la fabulation et de la tendance aux récits imaginaires » liée à l'incapacité de fixer les souvenirs.

Inutile est donc de compliquer la nosographie psychiâtrique par l'addition d'une nouvelle entité morbide que la clinique se refuse à justifier et qui ne semble pas sanc-

tionnée par l'anatomie pathologique, puisque les lésions décrites par Fischer ne sont nullement particulières à la « maladie de Wernicke ».

Hallucinose chronique

par M. GELMA (de Nancy).

Deux observations d'*hallucinose chronique,* c'est-à-dire de syndromes purement ou presque purement hallucinatoires sans interprétations ni conceptions délirantes :

La première malade est une femme de 56 ans, internée à l'asile de Maréville depuis quatre ans, au cours d'accidents bruyants, hallucinatoires, avec agitation considérable. Cette femme, qui ne semble avoir aucun antécédent psychopathique héréditaire ou personnel, présente, depuis son hospitalisation, des hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques, gustatives, olfactives, psycho-motrices. La malade, au milieu de tout un chaos hallucinatoire, affecte un ton de jovialité ou d'ironie. Aucune idée délirante. Pas d'éthylisme. Léger affaiblissement psychique.

La seconde malade, une femme de 66 ans, est internée à l'asile de Maréville depuis 30 ans, pour des accidents hystériques et des alternatives d'excitation et de dépression. Elle a des hallucinations de la vue et de la sphère génitale. Ces troubles psycho-sensoriels surviennent sans ordre et la malade assiste avec indifférence aux allées et venues des fantômes et à leurs conversations. Conscience du caractère pathologique des troubles. Episodiquement, quelques interprétations, croyance à l'influence des médecins sur la production des hallucinations.

Contrairement aux délirants hallucinés où les troubles psycho-sensoriels sont secondaires, il n'y a pas de délire

chez ces malades, il n'y a que des hallucinations multiples, asystématiques, rarement interprétées comme ayant une réalité objective.

Le terme de psychose hallucinatoire ne peut convenir à ces malades, que l'on ne peut confondre avec les délirants hallucinatoires, où le délire accompagne et entretient le plus souvent les troubles psycho-sensoriels..

Le terme d'hallucinose employé par Wernicke pour désigner certains délires hallucinatoires devrait uniquement être restreint au syndrome cliniquement différent que présentent ces deux malades.

Automutilateur piqueur stéréotypé

par M. TISSOT (d'Amiens).

L'automutilation, chez les aliénés, est loin d'être toujours une œuvre délirante pratiquée dans un but de destruction ou de détérioration corporelle, elle peut être et même avoir toujours été un geste dépourvu de filiation et de signification psychologique, c'est-à-dire privé de cause et de but : ces conditions sont le propre de la stéréotypie. Le malade que nous présentons en réalise un exemple intéressant et bien net dans la forme kinétique primitive.

OBSERVATION

Résumé. — Démence précoce catatonique ; stéréotypies diverses : piqûres de la peau, dermatose traumatique consécutive. Syndrôme de Ganser.

S... Romain, interné à l'asile de Dury, en 1897, à l'âge de 30 ans ; on ne sait de son histoire que ce qu'il en a raconte lui-même : pendant huit ans il aurait séjourné en Allemagne, en Angleterre, en Amérique ; il y a tout lieu de croire que, dans ce dernier pays, il passa une partie de son temps dans les prisons de New-Yorck et de New-

burg, et c'est probablement pendant sa détention qu'il devint aliéné. Quoiqu'il en soit, en 1897, on le ramena d'office en France sous la conduite d'un gardien qui l'aurait débarqué à Boulogne : il n'était pas désirable sans doute. Bientôt enfin il fut arrêté dans une commune de la Somme en état de vagabondage et de confusion mentale.

A l'asile il présente une obnubilation intellectuelle très marquée, des conceptions délirantes incohérentes et diffuses à prédominance mégalomaniaque, avec longues périodes de stupeur. En 1900, un peu amélioré dans les manifestations de l'activité générale, il se met à travailler, mais il reste incohérent, dissocié, incapable de fournir des souvenirs précis. En 1907 il cesse tout travail pour se livrer à une série d'actes stéréotypés dans l'ordre rituel (génuflexions, signes de croix). En 1910 on le trouve un jour occupé à se piquer la peau des bras avec un faisceau d'épingles assemblées comme pour le tatouage. Et depuis lors il n'a pas cessé cet exercice (nouvelle forme de *kentomanie*, provoquant à la longue des lésions cutanées bizarres qui offrent toute leur intensité sur les avant-bras. »

L'altération du tégument ne simule véritablement aucune dermatose classée : c'est toutefois de l'eczéma chronique qu'elle se rapprocherait le plus, tenant à la fois des formes pityriasique et lichénoïde : Il y a en effet épaississement de la peau sans infiltration. Il n'existe aucune démangeaison, ce qui est un élément de diagnostic important.

Au point de vue mental, ce malade constitue un type très complet de stéréotypie kinétique et catatonique. Son geste a tous les caractères de la stéréotypie si bien identifiés par Dromard : c'est un acte physiologiquement coordonné, fixe dans sa forme ; incessant dans sa répétition, intempestif et inutile, enfin dépourvu de substratum psychologique conscient. Le malade est incapable, aujourd'hui comme autrefois, d'en fournir la moindre explication logique, de la rattacher à une idée ancienne ou actuelle. Même il est vraisemblable que ce geste a toujours été dépourvu de processus psychique déterminant ; dès le principe il était dénué de motif, vide de signification, étant apparu inopinément chez un individu dont le degré de dissociation démentielle n'était pas sensiblement moins marqué alors qu'aujourd'hui. Son origine se trouve ainsi être fortuite, involontaire, attribuable soit à l'imitation soit au jaillissement spontané d'un souvenir enfoui dans les profondeurs de l'inconscient, et à ce titre, il se révèle comme un geste parasite, non voulu, mais subi.

Comme un parasite, en effet, il s'est imposé à ce psychisme ruiné, il en a aussitôt envahi tout le champ, absorbé toute l'activité motrice

différenciée, pour devenir d'emblée un acte automatique, nécessaire, irrésistible, inéluctable. Est-il besoin de dire que ce geste, tout automatique et définitif qu'il soit, s'accompagne d'une certaine action intelligente, coordonnée ; mais celle-ci est limitée aux conditions d'exécution de l'acte : c'est ainsi que le malade recueille avec soin les épingles, que fréquemment il les aiguise et qu'il veille à ce que toutes les pointes du faisceau se trouvent bien sur le même plan, dans le but instinctif sans doute d'obtenir le meilleur rendement de ses efforts. Mais là encore l'habitude est fixe, stéréotypée, imperfectible ; en sorte que ce malade ne présente dans toutes ses manifestations qu'un agrégat de stéréotypies. Comme dans tous les états de démence confirmée, un fait ressort avec clarté au milieu de ce complexus mental : c'est la mort de tout processus psychologique d'association, de création, d'initiative. Cependant, chose fréquente chez les déments précoces, la démence de S... n'est pas globale, elle comporte, en outre de la faculté d'orientation dans le temps, la survivance de certains souvenirs dont la forme d'évocation est invariable depuis quinze ans.

Enfin ce malade a toujours présenté le syndrôme de Ganser ou symptômo-complexus des réponses absurdes, mais ici pas plus qu'ailleurs ce syndrome ne paraît doué de signification spéciale.

Contribution à l'étude des Métastases dans l'Asthme

par MM. RAFFEGEAU, MIGNON et LEULIER (du Vésinet).

Les auteurs présentent plusieurs observations de métastases mentales chez des asthmatiques.

Le fait saillant à noter chez ces malades, est le remplacement de la crise d'asthme par la crise mentale. Dès que les phénomènes mentaux apparaissent, l'asthme cesse complètement, et dès qu'il reprend la psychose disparaît.

Cette psychose se caractérise le plus souvent par un état mélancolique avec hallucination de l'ouïe, délire onirique, délire d'interprétation et manifestations mystiques. Cette

psychose peut durer plusieurs mois, assez grave parfois pour créer chez les malades des impulsions au suicide et la nécessité de l'internement. Elle peut passer par des périodes d'exacerbation et de calme allant jusqu'à l'apparence d'une courte rémission, et chaque fois la période de rémission coïncide avec un retour momentané des accès d'asthme.

Dans le cas le plus récent, l'iodure de potassium a paru avoir une influence très favorable sur l'évolution de la psychose.

Infantilisme mental, Infantilisme moteur

par Henry MEIGE (de Paris).

L'infantilisme mental, sur lequel nous avons attiré l'attention dès 1894, est la persistance, malgré les progrès de l'âge, d'un état mental qui, normalement, est celui de l'enfant.

Malgré les variantes individuelles, l'état mental de l'enfant présente des caractéristiques faciles à reconnaître. Ce qui domine chez lui, c'est le défaut de mesure et d'équilibre, l'inaptitude à la coordination des idées comme des actes. Dans ses gestes, dans sa démarche, comme aussi dans ses idées, il est instable, excessif, déséquilibré. Son attention est éphémère, ses caprices subits, mais passagers .Il a de brusques impatiences, de vives colères vite apaisées, il est à la fois inconstant et entêté ; ses réactions émotives sont aussi dénuées de mesure et le désordre n'est pas moindre dans le domaine affectif, il a des tendresses excessives, des répulsions disproportionnées.

Cet état mental se modifie normalement avec les années : les actes se perfectionnent, l'attention se fixe, les idées s'ordonnent, l'émotivité, l'affectivité subissent la maîtrise du jugement et de la raison.

Mais il arrive souvent que, malgré les progrès de l'âge, on

voit persister les caractéristiques mentales de l'enfance. Cette anomalie évolutive constitue proprement l'*infantilisme mental*. C'est un fait d'observation clinique, facile à constater, en prenant pour point de repère l'état mental normal de l'enfant.

La persistance avec les années, de signes qui appartiennent en propre à l'enfance, témoigne d'un arrêt ou d'un retard dans le développement des fonctions régulatrices de l'écorce cérébrale, ou d'une imperfection des voies nerveuses d'association qui établissent la connexion entre l'appareil cérébral frénateur et l'appareil réflexe bulbo-médullaire. L'histologie et l'anatomie pathologique confirment que les anastomoses entre l'écorce et le névraxe ne s'établissent que progressivement, après la naissance. Si cette jonction se fait trop tardivement ou si elle ne se fait qu'imparfaitement, le sujet porteur d'un appareil nerveux qui demeure encore en enfance conservera les manifestations de l'enfance. On trouve une confirmation de ce fait en étudiant les fonctions de la motilité, de la réflectivité, de l'équilibre chez les sujets atteints d'infantilisme mental.

On observe en effet chez eux, les mêmes modes de réaction motrice que chez l'enfant : instabilité des attitudes, maladresse des mouvements, troubles du tonus musculaire, perturbations des réflexes, agitations intempestives, réactions d'allure spasmodique. Tous ces troubles peuvent être désignés sous le nom d'*infantilisme moteur*. Ce terme exprime bien que les manifestations motrices d'un sujet qui a passé l'âge de l'enfance, ont conservé les caractères qu'elles ont normalement chez l'enfant ; il permet aussi d'entrevoir que ces manifestations d'aspect infantile sont commandées par des organes demeurés eux-mêmes infantiles.

Un rapprochement s'impose avec les affections nerveuses dites, elles aussi « infantiles », telles que la maladie de, Little, les encéphalopathies infantiles, les diplégies et les hémiplégies infantiles, dont le substratum anatomique est constitué par des lésions déficitaires des centres corticaux ou des voies cortico-spinales. La connaissance de ces grands syndromes neuropathologiques permet d'apprécier plus

exactement la signification et la cause de l'infantilisme moteur qui en représente une forme très atténuée et qui n'est lui-même qu'un mode de manifestation de l'infantilisme mental.

Ainsi comprise, la notion de l'infantilisme mental a une importance diagnostique et pronostique non douteuse, et elle n'est pas sans conséquences au point de vue thérapeutique et médico-légal.

L'Arriération mentale et la Démence précoce

(LA DYSPSYCHIE)

par M. Armand LAURENT (de Rouen).

Le pavillon que nous voyons ici édifié sous le nom de quartier médico-pédagogique pour les enfants anormaux perfectibles, invite d'abord à rappeler le beau rapport que notre confrère, le Dr Charon, a présenté, en 1908, à Dijon, à la XVIIIe session du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Ce rapport avait pour titre : *L'assistance des enfants anormaux.* Il a été l'occasion de communications de grande valeur émanant de confrères non moins distingués que le rapporteur. J. Roubinovitch, Giraud, Granjux, Terrien, Régis, Ch. Richet fils, Larrivé, Bourneville, Audemard ont développé des observations pratiques qui ne sauraient passer inaperçues, alors que la question des anormaux psychiques précoccupe tant et à juste titre les hommes qui ont à cœur l'amélioration sociale. L'application actuelle est la conséquence des considérations générales et du programme que le Dr Charon a si bien exposés sur l'assistance publique des enfants dégénérés.

Dans une communication qui doit être aussi brève que

possible, je laisserai de côté l'historique de la question, toute discussion des classifications concernant les anormaux et les aliénés, ainsi que les recherches statistiques.

Je tiens à extraire du travail que je viens de citer la mention qui y a été faite des enfants qui, sous la dénomination d'anormaux d'école due au docteur Régis et en raison de leur sociabilité occupent le premier échelon de l'arriération mentale. Pour ces enfants, au moment de la rédaction du rapport précité, nos législateurs songeaient à créer un nouvel organisme de l'instruction publique. Le 29 juin 1908, la Chambre des Députés avait adopté un projet de loi, ayant pour objet la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés. Depuis, ont été votés et publiés la loi (15 avril 1909) et les règlements (août 1909), qui régissent les établissements spéciaux destinés à ces catégories.

Si j'insiste sur la législation relative aux enfants arriérés, c'est qu'il me paraît essentiel de préciser le sujet sur lequel je désire solliciter votre attention ; et pour cela même, il me semble opportun de reproduire les paroles que notre savant doyen de l'Ecole de Médecine de Paris a cru devoir émettre dans son discours d'ouverture du 3me Congrès international d'hygiène scolaire (août 1910). « Nous autres médecins, « nous ne saurions trop répéter qu'il existe entre les deux « types extrêmes des enfants normaux et anormaux, toute « une série d'écoliers qui, jusqu'à hier, considérés comme « inévitable poids mort peuvent être amendés et transfor- « més, pour peu que les familles soient averties. C'est « en cela que, à tous les degrés de l'éducation natio- « nale, la collaboration des maîtres et des familles est salu- « taire. »

M. le Dr Landouzy envisageait surtout la collaboration des médecins inspecteurs des écoles.

D'après la citation précédente, j'ai l'intention de laisser de côté les types extrêmes d'anormaux (idiots profonds, semi-idiots, imbéciles plus ou moins complets) que notre confrère Sollier a si bien étudiés.

Cette série d'enfants, où les manifestations mentales apparaissent plus ou moins différentes de l'état normal et présentent un retard ou un arrêt plus ou moins partiel et transitoire qui se reconnaissent par la comparaison de sujets du même âge, ne saurait laisser indifférents les médecins neurologistes et aliénistes. Les communications du Congrès de Dijon témoignent déjà de leur intérêt pour une question aussi importante. Vous savez mieux que personne, que c'est parmi ces jeunes êtres que surgissent bien souvent, à un moment ou à un autre, des désordres psychiques qui obligent à recourir aux soins spéciaux auxquels sont consacrés nos asiles.

Mais nous ne devons pas perdre de vue combien nous avons à lutter non seulement contre des préjugés et des pratiques nuisibles anciennes, mais encore contre des erreurs nouvelles qui prennent naissance tous les jours. Nous avons le devoir de chercher à convaincre des esprits que certaines idées étroites rendent égoïstes et indifférents, même injustes, et de réclamer une marche en avant tenace et énergique contre les causes qui atteignent l'espèce humaine dans son essence et la font dégénérer.

Permettez-moi d'ouvrir une parenthèse, afin de vous informer des efforts accomplis à Rouen pour combattre l'arriération mentale.

Sans attendre l'appui de la force législative qui se préparait ainsi que je viens de l'indiquer, dès la fin de mai 1908, stimulé par l'exemple donné en France par les villes de Bordeaux, Paris, Lyon, un groupe de bonnes volontés a fait, à Rouen, appel au concours du corps enseignant et aux sentiments humanitaires de la population. Une conférence publique (1) faite le 12 décembre 1908 par M. Baguer, directeur de l'Institut départemental des sourds-muets de la Seine, à Asnières, l'apôtre zélé de l'enfance anormale, en sollicitant l'attention sur l'éducation des enfants arriérés,

(1) Sous la présidence de M. Doliveux, inspecteur d'Académie de la Seine-Inférieure.

a été le point d'appui de la fondation d'une société (*Société des Amis de l'Enfance pour le développement des enfants arriérés*), qui a fonctionnée sans retard.

L'année suivante, le 16 octobre 1909 (1), la parole éloquente de notre distingué confrère, le Dr Georges Paul-Boncour, a, dans une superbe leçon publique sur *les anomalies mentales chez les écoliers*, su créer un mouvement tout particulièrement favorable à la réalisation du but que poursuivait la société. Il en est sorti en même temps la fondation d'une *Consultation médico-pédagogique*, à l'imitation de celles qui rendent des services incontestables pour la sélection et le traitement des anormaux dans les villes précitées.

Le 22 décembre 1910 (2), une magnifique conférence avec projections lumineuses, sur *le développement du cerveau chez l'enfant*, a été faite par l'éminent professeur d'anatomie de la Faculté de médecine de Lille, M. le Dr Debierre. Elle avait pour objet de démontrer que le cerveau de l'enfant, base de l'aptitude mentale, se modifiait progressivement pour atteindre, à l'âge adulte, avec l'état définitif, les limites qui semblent assignées à l'espèce humaine. Il s'agissait de mettre en relief que les transformations successives que, dans ce but, est obligé de subir la texture cérébrale, sont subordonnées a des conditions physico-chimiques qui doivent permettre l'évolution des phénomènes biologiques, et par conséquent le développement de la force ou énergie, qui, en se multipliant et se différenciant, détermine les manifestations intellectuelles.

Enfin, Messieurs, le talent d'exposition de notre confrère J. Roubinovitch, traitant, le 1er avril dernier (3), *de l'éducation des enfants difficiles*, avec démonstrations projectives, dans une conférence publique présidée par M. le Maire de Rouen, a décidé ce magistrat à promettre publiquement à MM. Baguer et au dévoué médecin en chef de l'hospice

---

(1) Sous la présidence de M. Texcier, directeur de l'École préparatoire des sciences et des lettres de Rouen.

(2) Sous la présidence de M. Eugène Fosse, préfet de la Seine-Inférieure.

(3) Sous la présidence de M. Aug. Leblond, député, maire de Rouen.

de Bicêtre qu'il s'efforcerait de donner satisfaction au désir exprimé de voir créer à Rouen des classes de perfectionnement.

Aujourd'hui, j'ai le plaisir de vous informer que le Conseil municipal de Rouen, dans sa séance extraordinaire du 26 juillet 1911, a voté la création de classes de perfectionnement. Nous allons bientôt pouvoir travailler avec les instruments que manient si bien Paris, Bordeaux et Lyon.

Le trajet détourné que je viens de parcourir me ramène au point essentiel de ma communication qui a pour objet d'envisager les résultats que le traitement médico-pédagogique, dans lequel il faut comprendre le fonctionnement des classes de perfectionnement, est capable de procurer et de combattre certains parti-pris qui, pour rester dans le *statu quo*, s'obstinent à opposer comme argument l'incurabilité des débilités psychiques. Mais d'un autre côté, on ne doit pas se dissimuler le danger de certaines interprétations de ces débilités. L'examen comparatif de l'arriération mentale et des formes pathologiques qu'on a multipliées sous le nom de *démence* et plus particulièrement de celle désignée *démence précoce*, m'a paru digne d'une étude approfondie de la part des médecins réunis à ce Congrès.

L'arriération mentale est-elle un état psychique ayant quelque rapport avec la forme vésanique que des aliénistes dont on ne peut contester la valeur nomment démence précoce, ou bien est-elle un état différent et indépendant de cette psychopathie ?

L'arriération mentale, ainsi que j'ai cru devoir la caractériser dans un travail spécial (1), où j'ai pris surtout pour fondement les documents publiés par l'illustre confrère que nous regrettons tous, feu le Dr Bourneville, apparaît par la différence que l'on constate entre l'état mental de deux enfants de même âge, l'un considéré comme normal et l'autre présentant des manifestations intellectuelles moins

---

(1) Dr Armand Laurent. Quelques mots sur l'arriération mentale, 1909

avancées. L'ouvrage du Dr Ley (1) corrobore absolument cette manière de voir, que l'expérience de nos confrères de Belgique a établie de plus en plus. Leurs recherches, qui datent de 1899 environ et que je tiens à citer particulièrement, au milieu de celles qu'ont pu nous fournir l'Angleterre, l'Italie, la Hollande, la Suisse et les Etats-Unis, les écoles spéciales qu'ils ont fondées à Anvers et à Bruxelles consolident de plus en plus nos tentatives pour améliorer cet état mental.

Parmi les efforts que nous constatons en France, il convient de mentionner ceux de M. le Dr Blin. Ce médecin, dont la compétence spéciale s'est accrue par les observations qu'il a recueillies à l'étranger, dans des voyages avec le Dr Sérieux, a su inspirer l'excellente thèse de notre confrère le Dr Damaye. L'expression de *débilités congénitales* qu'à adoptée le médecin en chef de l'asile de Vaucluse, se rapproche essentiellement de l'interprétation la plus vraie des phénomènes mentaux remarqués chez l'arriéré. La dénomination *Feeble-minded* a d'ailleurs été acceptée en Angleterre pour les enfants qui ne sont pas imbéciles, mais qui, toutefois, ne peuvent être éduqués dans les classes élémentaires par les méthodes ordinaires (G.-L. Shuttleworth trad. Ley). Le Dr Apert les désigne du nom d'*enfants retardataires*. J. Philippe et G. Paul-Boncour insistent sur l'expression de *subnormaux* et le Dr Cruchet les différencie par la dénomination d'*arriérés scolaires*.

Je ne saurais accepter la conclusion qu'émettent MM. les Drs Toulouse et Marchand qu'il n'y a aucune différence essentielle entre la démence et l'arriération mentale.

Il me paraît opportun de placer ici quelques mots d'anatomie et de physiologie.

Alors qu'on suit, dans ses périodes évolutives, la psychologie animale en rapport direct avec le perfectionnement de la texture nerveuse, avec la complexité de ses éléments et de leurs mouvements, avec l'accroissement de qualité de la substance fondamentale, dénommée protoplasma,

(1) Dr Ley. L'arriération mentale. Bruxelles, 1904.

on voit surgir certains éclairs intellectuels. On est de la sorte conduit à admettre, comme inhérente à la manière dont ont lieu les phénomènes biologiques, l'élaboration qui en naît sous la forme d'une force intangible susceptible de subdiviser son action. C'est ainsi que cette force engendre des images, que par ces images se produit la pensée, qu'un acte de conscience est l'effet du jeu des associations d'idées, que de leurs combinaisons proviennent les idées générales, qui restent latentes emmagasinées dans des aires complémentaires des aires primitives.

Je ne m'arrêterai pas aux amas glanglionnaires qui se sont développés progressivement à l'extrémité supérieure de la moelle, se localisant dans une partie plus ou moins médiane de l'organe cérébral et y concentrant les sensibilités, en les mettant en relation avec les sources d'idéation, pour former le centre individuel de notre unité substantielle (1). L'étude de l'écorce cérébrale qui sert de manteau au groupement précédent a de plus en plus démontré l'importance du développement de cette écorce dans ses rapports avec l'accroissement de l'activité cérébrale. Il convient de signaler à sa surface l'épanouissement des circonvolutions et la multiplicité de leurs divisions Ces circonvolutions, harmoniquement coordonnées conformément aux lois morphologiques, correspondent au nombre et à la perfection des facultés intellectuelles et varient suivant chaque individu dans une même espèce. Il importe d'examiner la constitution de ces circonvolutions et la disposition progressive des couches de neurones dans les différents territoires cérébraux. Le nombre de ces couches n'est pas exactement le même dans chacun de ces territoires. Les cellules, quoiqu'y variant de forme, non seulement à cause de leur rôle, mais encore à cause du degré différent de développement et des conditions physiques de l'agglomération, y ont une organisation tout à fait supérieure, quand nous les comparons avec celles de la série

(1) Dr Armand LAURENT. Physionomie et mimique chez les aliénés. *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1906, page 77.

animale. Parmi elles, la cellule pyramidale ou psychique n'y fait jamais défaut.

Dans cet agencement, il est essentiel de songer à tous les éléments constitutifs du protoplasma et du noyau avec son nucléole. Dans le premier, les substances chimiques y produisent un complexus granuleux et transparent ; dans le second, on constate des amas ayant plus ou moins d'affinité pour les substances colorantes. Pendant la vie, les molécules des différentes matières seraient constamment en état d'instabilité, et chacun des principes immédiats présenterait des réactions spéciales à chaque espèce animale.

Mais en dehors des cellules, il est non moins important de remarquer le nombre et la longueur des fibrilles qui en émanent dans des directions diverses. L'on y voit que la pyramidale est d'autant plus compliquée dans ses expansions, d'autant plus riche en fibres d'association que l'intelligence est plus élevée. Il y a lieu alors d'y mentionner l'activité du protoplasma, activité profondément modifiable, surtout pendant la période de la croissance, par de multiples conditions que nous ne connaissons encore qu'imparfaitement. Cette activité dirige la distribution des fibrilles dans les centres de projection et dans les centres d'association. C'est elle qui commande l'expression que traduisent les manifestations mentales.

Les histologistes, et notamment Dustin et Ramon y Cajal, ont eu soin de signaler les variations de structure qui s'accomplissent sous l'influence du repos ou du mouvement, de la température. L'on apercevrait alors certains déplacements des amas chromatiques. La fatigue ferait diminuer le volume, la colorabilité et occasionnerait une sorte de recroquevillement du protoplasma avec production de vacuoles.

Dans l'état d'activité normale due à la tension naturelle des éléments physico-chimiques provenant des échanges naturels, le nucléole se déplace facilement, spontanément, plus ou moins rapidement et se porte dans la direction de l'axone. C'est par le heurt du cylindre-axe que se développerait

l'onde nerveuse, et c'est aussi dans la manière dont s'accompliraient ces actes intimes que s'épandraient les éléments vitaux psychogènes. L'exercice, en allongeant les ramifications cellulaires, augmente la conductibilité des voies nerveuses et diminue la résistance au courant. Conséquemment, il accroit la puissance fonctionnelle, et de cette façon les actes habituels deviennent faciles et automatiques.

On ne saurait trop répandre la connaissance des effets des différents milieux sur l'impressionnabilité nerveuse, sur la variabilité des réactions et les résultats secondaires qu'on enregistre ensuite.

Comme l'exprime Ramon y Cajal « l'extension, la crois-
« sance, la multiplication des appendices des neurones ne
« s'arrêtent pas à la naissance ; elles se continuent au-delà,
« et rien n'est plus frappant que la différence qui existe
« entre le nouveau-né et l'homme adulte, au point de vue
« de la longueur et du nombre de leurs ramifications cel-
« lulaires de second et de troisième ordre ». Il est essentiel de convaincre tous les éducateurs, quels qu'ils soient, que le cerveau ne cesse pas de s'accroître et de se modifier jusqu'à l'âge adulte.

Dès les premiers mois de la vie intra-utérine, se dessine le plan d'après lequel doit se développer l'encéphale. Mais le travail nécessaire à la formation et à la solidification des matériaux qui doivent constituer la charpente et les parties complémentaires de l'édifice humain ne s'effectue que peu à peu et réclame un temps considérable. L'effort constitutif est tout particulièrement manifeste dans la deuxième partie de la vie fœtale. Mais de la naissance à un an l'accroissement est énorme, surtout dans les deux premiers mois. Puis, de distance en distance, ont lieu des poussées, dont celle qui se réalise à la puberté est d'une importance très-grande. Enfin la croissance est de moins en moins intense. Le cerveau atteint son poids maximum de 30 à 40 ans.

Voici quelques témoignages relatifs au mouvement de perfectionnement :

Alors que chez le fœtus de 7 mois, les cellules du sympa-

thique ont un corps homogène, que sur le fœtus à terme, des grumeaux chromophiles commencent seulement à apparaître à la périphérie de ce corps, sur l'enfant de dix à onze ans, le réseau fibrillaire s'est développé et est pourvu de nombreux grumeaux chromophiles. (Ramon y Cajal).

Maschtakow, dans sa thèse inaugurale (Saint-Pétersbourg, 1902), indique que, chez le fœtus de 5 mois et demi, la plupart des cellules pyramidales sont encore de forme ovoïde ; chez l'enfant de 8 mois, la forme pyramidale est la plus fréquente. Dans la troisième année, il y a encore des cellules ovoïdes. On n'en rencontrerait plus chez les sujets de sept ans.

Déjà Betz avait fait savoir qu'entre 11 et 14 ans, les cellules géantes n'ont encore qu'un nombre relativement restreint de prolongements.

D'après Kaes, les fibres tangentielles se développeraient surtout de 18 à 38 ans. Chez le nouveau-né, elles sont tout à fait éparses.

Ajoutons à ces constatations les résultats, des recherches 1° sur la myélinisation des fibrilles que Flechsig a surtout mis en lumière, et 2° les modifications des éléments chromophiles que Nissl a tout particulièrement signalées et 3° enfin sur le développement des neurofibrilles.

La croissance détermine donc successivement des modifications dont il serait très utile de connaître la date précise où elles s'effectuent (1). Dans le mouvement, les expansions fibrillaires n'avancent pas au hasard. Elles s'orientent d'après les courants nerveux dominants, ou encore dans le sens de l'association intracellulaire qui a des sollicitations réitérées, tous effets dus à l'influence des milieux et de l'éducation. Ces phénomènes de croissance doivent être attribués à des actions chimiotactiques.

Ces détails m'ont semblé indispensables pour montrer ce qu'était en elle-même l'arriération mentale. Les retards et toutes les manifestations qu'on observe avec ces retards

---

1) Dr Armand LAURENT. Les lois de la croissanee et l'éducation physique, 1894.

proviendraient des vices de constitution du protoplasma et son noyau, du défaut d'expansion des fibrilles, de la faiblesse de ces expansions, de leurs déviations, de connexions anormales et de la regression possible des éléments primitifs par obstruction de produits épithéliaux.

Remarquons avec soin la période de la vie, pendant laquelle agit la force intime qui caractérise la croissance. Notons en même temps que la marche de cette croissance n'est pas toujours identique. Chez nos arriérés scolaires apparaissent des périodes plus ou moins longues, où cette force est comme endormie, attendant un stimulus, un appoint qui, la dégageant des oscillations dues à une sensibilité anormale et imprimant un élan capable de combler une lacune momentanément produite dans l'état normal, lui fasse reprendre son mouvement en avant.

Si, inspirée par la seule méthode employée, jusqu'à la seconde moitié du XIX[e] siècle, sous le nom d'*introspection*, la méthode scrutative expérimentale de l'association des idées, la *méthode des tests* appliquée avec prudence, nous fait constater le retard et l'apparition de certaines aptitudes, *méthode psycho-physique*, par là un examen corporel approfondi, révèle les points faibles de la correspondance somato-psychique ou physiologique. Elle complète la précédente. Se dévoilent alors le développement insuffisant des appareils sensoriels, le fonctionnement imparfait de l'appareil respiratoire, fournisseur, par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, de matériaux chimiques essentiels, le fonctionnement non moins défectueux du système circulatoire, distributeur du liquide nourricier, etc... ; je me bornerai à nommer le rôle de certaines secrétions internes.

Dans l'appréciation de l'arriération mentale, il importe d'avoir toujours présent à l'esprit que chaque territoire cérébral a une fonction différente. C'est par des actes moteurs et des inhibitions que ces territoires contribuent à la signification des éclairs intellectuels, que Luys comparaît à la phosphorescence. Chez l'arriéré, les manifestations mentales sont des saillies, dont le désaccord traduit l'irrégularité de développement et l'imperfection de constitu-

tion des diverses régions du cerveau, non moins que de leurs voies de communication. Quand on le suit assidument dans tous les actes de la vie, malgré son inattention où la fatigue rapide qu'il traduit, l'impression ou empreinte résultant de la sorte d'ébranlement qu'a subie la cellule nerveuse, la conservation de cette impression, le lien psychologique qui constitue la mémoire, l'imitation, l'attention, l'effort nécessité par la combinaison des impressions emmagasinées pour déterminer un jugement, apparaissent certainement à un moment ou à un autre, dans la physionomie, l'attitude, les gestes et des mouvements divers, sous un aspect particulier plus ou moins manifeste, au milieu d'ébats spontanés plus ou moins vifs et variés, dus au rayonnement de la tension que produit la force de croissance. Cette tension, quelle que soit son instabilité ne se produit pas chez l'adulte, dont la cellule nerveuse est à jamais détériorée, même lorsqu'éclate une excitation excessive.

On ne doit pas perdre de vue le long temps que réclame l'achèvement des éléments nerveux. « Le développement se fait lentement et se termine tard dans la vie » a eu soin de nous dire la professeur Joffroy (1), et je ne saurais trop insister sur ce fait fondamental. C'est pour ce motif que j'ai consacré quelques détails à la croissance du système nerveux. Dans certains cas, le mouvement de croissance est tout particulièrement lent dès la vie intra-utérine et dès la naissance ; chez d'autres, elle semble s'être arrêtée et les manifestations intellectuelles ne plus s'accroître. Nous constatons aussi que ces arrêts ou suspensions de l'énergie de croissance peuvent avoir lieu par périodes. Enfin, chez d'autres, la marche de cette énergie est accélérée, précipitée même, d'où la précocité des phénomènes mentaux. Seulement cette marche en avant a lieu sur un terrain non suffisamment préparé et incapable de servir de point d'appui d'une façon sûre et durable, pendant toute la période d'évolution constitutive. Survient alors un brusque arrêt à un

(1) JOFFROY. Préface du livre du D[r] Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.

moment donné de cette période de la vie. Il importe de noter qu'avant d'atteindre l'arête culminante où, la croissance ayant atteint ses limites, l'éducation n'a plus de prise et le progrès n'est plus possible, l'arrêt peut se produire sur un point et non sur d'autres ou sur tous les points en même temps.

Ces diverses irrégularités du développement intellectuel qui témoignent de difficultés dans le progrès à effectuer me paraissent pouvoir être groupés sous le nom de *dyspsychie* (développement difficile de l'intelligence). Par ce terme je désigne les différents aspects sous lesquels l'arrêt ou la suspension de l'intelligence se montrent à l'observation, sans en rechercher les causes. Vues dans leur ensemble, celles-ci ont pour effet une modification profonde et en même temps un état de souffrance plus ou moins latent du cerveau, perçu ou non par le sujet. Pour l'observateur, la durée et le mode de reproduction de ces phénomènes d'arrêt ont une grande importance. A défaut de la connaissance exacte du mécanisme de l'évolution psychique et de l'époque précise où l'état physiologique se transforme en état de conscience, il doit y rechercher la constatation du pouvoir des stimulus extérieurs pour produire des mouvements et des contractions dans la masse organique qu'ils excitent, pouvoir que Baldwin (1) a désigné du nom de *dynamogénèse*, et il y parvient en examinant l'attitude des reflexes vis-à-vis des différentes sensations et, quelles que soient les nuances, les manifestations des réactions idéo-motrices.

D'une manière générale, les arriérés se présentent sous deux aspects : les uns sont habituellement tranquilles et presque apathiques ; tandis que les autres sont plus ou moins mobiles, agités et semblent être sous l'influence d'une espèce d'éréthisme. A travers ces états habituels, surtout dans la seconde catégorie, on observe plus ou moins d'irritabilité, des actes de colère survenant brusquement et contrastant avec l'état de passivité habituelle de l'enfant ; on constate

---

(1) J.-M. BALDWIN. Le développement mental chez l'enfant et dans la race, trad. Nourrit, 1897.

aussi des tendances turbulentes et brutales, puis des impulsions diverses, des phénomènes de fugue, d'automatisme ambulatoire, de vagabondage avec la caractéristique mentale des passifs et des indisciplinés.

La stagnation ou la lenteur de marche des élans psychiques, pendant la période d'accroissement sont des aspects qu'il faut analyser avec circonspection, en tenant compte des saillies intellectuelles qui s'y manifestent.

On a cru devoir considérer comme signe caractéristique de l'arriération mentale la répugnance des enfants pour le jeu. Nous savons que la tendance au jeu répond au besoin d'expansion de la tension nerveuse. L'arriéré redoute l'exubérance des enfants normaux et joue seul ou joue avec ses semblables (arriérés comme lui) ou avec des enfants plus jeunes n'ayant encore que le développement de ses facultés mentales et possédant une allure enfantine prononcée. Ne le confondons pas avec l'idiot qui, lui, ne joue guère ou pas du tout. L'écart dans lequel se tient l'arriéré vis-à-vis des enfants normaux provient d'un sentiment intime plus ou moins latent qu'il convient de distinguer, et sur lequel, au III[me] Congrès international d'hygiène scolaire d'août 1910, à Paris, a appelé l'attention, un instituteur spécial hollandais très expérimenté, M. Schreuder. D'un autre côté, nous rencontrons cet écart, cette répugnance du mouvement, ce sentiment d'isolement à la suite de modifications corporelles atteignant la vitalité du sang et les profondeurs de ce protoplasma si puissant et si influent sur l'excitabilité normale et ses manifestations.

En terminant ces considérations relatives à l'arriération mentale, je dois faire remarquer que ces troubles ne sont pas irrémédiables, si nous savons à propos satisfaire aux besoins physico-chimiques du *tonus nerveux*.

Par *démence*, je comprends un affaiblissement intellectuel acquis et incurable, se manifestant chez un individu dont l'élément matériel était parvenu plus ou moins à ses limites de maturité, et par conséquent avait pu posséder l'ampleur naturelle des aptitudes mentales qui doivent

être inhérentes à cet élément. Il s'agit d'altérations produites à un certain âge par le temps (vieillesse) ou anticipées, quand elles surviennent avant cet âge, c'est-à-dire prématurément, par la malfaisance d'agents toxiques ou par l'ébranlement non moins désorganisateur provenant d'états morbides compliqués de convulsions. Dans le cas d'anticipation, l'expression *démence précoce* est réellement appropriée. Mais l'insuffisance de développement du neurone et de ses prolongements ne saurait présenter des caractères identiques aux altérations précédentes.

Cette manière d'apprécier la démence s'est fortifiée à mesure que les procédés de recherches ont mis de plus en plus en évidence la détérioration des cellules nerveuses et de leurs fibrilles, détérioration qui amène certainement soit un affaiblissement intellectuel, soit une incohérence indépendante des troubles émotionnels. Ces recherches ne sont pas encore parvenues à montrer la différence de composition du protoplasma suivant qu'il détermine l'énergie spéciale à la croissance ou suivant qu'il est borné au rôle de la conservation et de l'entretien du tissu nerveux.

Je ne décrirai pas les symptômes qui, depuis longtemps, ont été tracés avec tant de compétence et n'énumérerai pas non plus les différentes formes de démence inscrites par nos traités de psychiâtrie. J'arrive à la *démence précoce,* nom donné à un état morbide devenu une actualité d'autant plus intéressante que les travaux, en s'accumulant, l'ont présentée sous des aspects variés.

Notre éminent président du Congrès, M. le Dr Deny, a cru devoir, de concert avec le Dr Lhermitte, résumer ses différents apports scientifiques sur ce sujet, dans le deuxième volume du *traité international de psychologie pathologique,* publié sous la direction du Dr A. Marie. Il a réduit à trois formes les quatre formes qu'avait adoptées Krœpelin. A propos du diagnostic, il nous montre qu'il s'agit d'un des problèmes les plus importants de la médecine mentale. La question est en outre tout particulièrement sociale. Notre confrère a eu soin de faire remarquer qu'on observe assez souvent des guérisons qui témoignent d'un arrêt

évolutif compatible avec le retour à la vie commune et la reprise de certaines occupations. Il admet ainsi qu'il y a des démences curables. Ce fait de la guérison, et d'amélioration dans d'autres cas, est non moins exprimé par Krœpelin (1).

Je ne saurais accepter qu'on range sous cette dénomination de démence précoce les états de débilité mentale qui apparaissent avant l'âge où la croissance des éléments nerveux doit atteindre les limites que lui a imposées la nature. En raison du non développement ou même de la régression des éléments primitifs des centres et de leurs différents moyens d'association, ne peut se former la coordination psychique qui donne naissance à la conscience ou à la volonté réfléchie. Il importe de voir les manifestations au point de vue de l'imperfection de formation de ces éléments nerveux, la faiblesse radicale se traduisant sous des formes variées et variables d'arrêt ou suspension fonctionnels. C'est ainsi que cette débilité des instruments engendre une paresse qui rend difficile le passage d'une idée à une autre. Il en résulte dans certains cas un aspect de niaiserie ou d'hébétude qui disparaît progressivement par l'effet d'un traitement approprié.

Il n'est pas inopportun de considérer ici les phénomènes que Pierre Janet s'est appliqué à mettre en évidence dans ses études sur les névroses. Il les rattache fort judicieusement aux maladies qui résultent d'un arrêt dans l'évolution vitale. De la sorte se constitue un état névropathique particulier qui nuit à l'achèvement normal des éléments organiques qui sont le fondement des opérations mentales supérieures et détermine, par une prédisposition, des symptômes bizarres et instables.

Dans la période que les partisans de l'expression de démence précoce désignent du nom de *forme simple*, et qui, pour eux, constitue le début de la maladie, tandis que pour d'autres, il s'agirait seulement de la période prodromique, se confondent l'exagération de l'activité psycho-motrice, la diminution ou l'insuffisance de cette activité et l'indif-

(1) E. Krœpelin. Introduction à la psychiâtrie clinique, 1907.

férence émotionnelle qui donne lieu à des troubles affectifs, toutes déviations variées de la tension nerveuse normale. Cet état de *confusion mentale*, sur lequel a insisté avec tant de raison notre confrère, le Dr Régis (1), est absolument la base du désordre qui se manifeste suivant des degrés différents, en rapport avec les modifications partielles électives que subit le cerveau et qui se rattachent au mouvement de croissance. Ce désordre s'effectue sous l'influence d'une vive émotion ou d'une irritation pathologique plus ou moins localisée et plus ou moins intense. C'est ainsi que l'apathie, soit faiblesse, soit spasme ou engourdissement devient une inertie qui semble atteindre la stupeur, que l'impressionnabilité, par l'excitation qu'elle détermine, occasionne des conceptions nombreuses sans lien et allant jusqu'au délire, engendre de l'inattention, de l'amnésie, des distractions, des impulsions diverses, de l'agitation et même des actes de violence, que l'affaissement et même la disparition des sentiments affectifs s'adjoignent à des alternatives de docilité et d'opposition ou négativisme. Les troubles affectifs, que certains spécialistes considèrent comme le point de départ du trouble plus ou moins général précédent, résultent d'une hypotension du système vasomoteur, d'un sentiment intime de souffrance qui enserre l'enjouement et l'expansion naturelle d'où nait l'altruisme. L'apathie intellectuelle provient de ce que ne peuvent être utilisées pour la vie consciente les saillies qui surgissent du tonus nerveux, ou bien les voies d'association n'existent pas encore ou sont trop faibles pour une asssociation continue. De là le peu de précision de la pensée et l'incoordination des diverses images. L'esprit n'est pas apte à systématiser et à grouper les conceptions que lui a fournies l'élément matériel. Pour les mêmes raisons, n'ont pu s'effectuer et le groupement des fonctions affectives et l'association des sentiments avec les idées.

La forme *hébéphreno-catatonique* correspond à des complexes symtomatiques que certainement nous ne pouvons

---

(1) Dr Régis. Précis de psychiâtrie, 1906.

nier. Les phénomènes morbides que je viens de résumer, en les condensant et que le Dr Masselon (1) a soigneusement analysés dans sa thèse inaugurale, y apparaissent plus distinctement que dans l'état confusionnel proprement dit, que l'on retrouve d'ailleurs comme terrain fondamental.

Quant à la forme *délirante* ou *paranoïde,* elle est l'effet d'une excitabilité excessive et prolongée, dont les aspects extraordinairement variables en démontrent l'intervention incontestable. Sa localisation instable est en rapport avec la réaction inhérente à l'âge où apparaît parfois une fixité provisoire plutôt qu'une systématisation réelle définitive, ainsi qu'on le constate chez l'adulte déséquilibré et chez le dément atteint de désagrégation profonde. La réapparition des représentations ne saurait avoir lieu dans les cellules détruites ou en ruine.

Voila en raccourci la substance des formes décrites par les partisans de la démence précoce, Il est bien permis de se demander ce que sont ces symptômes : négativisme, catatonie, stéréotypie, délire paranoïde et la versatilité de ces mêmes symptômes qui, paraissant avec plus ou moins d'incohérence, témoignent de la faiblesse de l'élément basique de ces manifestations vésaniques, par un aboutissement rapide à la discontinuité de la pensée et de l'action. Il convient de les mettre en présence des formes que, jusqu'à la création de la démence précoce, les grands aliénistes français avaient reconnues et décrites chez des sujets appartenant en général à la période moyenne de la vie, formes qui envisagées dans leur envergure, se montrent avec une certaine énergie et stabilité, pendant plus ou moins de durée.

Reportons-nous : 1° aux manifestations vésaniques des enfants que le Dr Moreau, de Tours, a eu soin d'exposer dans un travail d'ensemble (2), où il fait ressortir la confusion mentale et la prédominance de l'instinct sur l'intellect chez les enfants des deux sexes ; 2° aux troubles mentaux de l'enfance auxquels le Dr M. Manheimer (3) a consacré

(1) Dr Masselon. La psychologie des démences précoces, Paris 1992.
(2) Dr Moreau de Tours. La folie chez les enfants, 1899.
(3) Dr M. Manheimer. Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.

un petit volume, en s'appuyant sur les savantes leçons cliniques de feu le professeur Joffroy, à l'asile Sainte-Anne.

La contribution à l'étude de l'hébéphrénie du Dr Christian (1) mérite une attention spéciale au point de vue que j'étudie en ce moment, à cause de l'examen de la période qui a précédé l'apparition des symptômes. L'état mental antérieur nous permet évidemment de mesurer l'importance des troubles qui sont survenus à un âge certainement prématuré, mais où la vigueur de l'impulsion de la croissance est sensiblement amoindrie.

Il n'est pas sans utilité d'examiner l'état appelé *infantilisme*.

Mais j'attache tout particulièrement de la valeur aux renseignements qui peuvent nous être fournis par les éducateurs qui ont suivi attentivement le développement intellectuel des enfants, et qui, de cette façon, ont été témoins de bien des anomalies mentales qui se sont modifiées peu à peu et avec le temps, grâce au concours de conditions hygiéniques appropriées d'une manière éclairée et avec persévérance.

Malgré l'autorité d'observateurs tels que Sancte de Santis, Weigandt, Aubry, etc... nous affirmant que la démence précoce infantile survient entre 8 et 12 ans, affirmation que semble accepter notre confrère, Mlle C. Pascal (2) dans sa monographie ; malgré les travaux de Marro (3), qui accuse si vertement la puberté de produire la démence et nous dit qu'à partir de 26 ans, on ne compte plus de démence précoce, je ne puis me ranger à une semblable appréciation des faits. Je tiens à mentionner que le relevé statistique du médecin italien contient que, sur 2.906 malades des deux sexes, qu'il a examinés à l'asile d'aliénés de Turin, de 1886 à 1895, il considère comme atteints de démence précoce 48 hommes et 25 femmes, depuis l'âge de 13 ans jusqu'à 25 ans inclusivement.

Je crois devoir m'élever contre l'interprétation qui admet

---

(1) Dr Christian. De la démence précoce des jeunes gens. *Annales médico-psychologiques*, 1899.

(2) Mlle Dr C. Pascal. La démence précoce, 1911.

(3) Marro. Évolution psychologique humaine. *Traité de psychologie pathologique*, tome I.

la démence précoce comme existant exclusivement avant cet âge de 26 ans.

Pour manifester cette opinion, je m'appuie sur les connaissances anatomiques et physiologiques que j'ai essayé de résumer précédemment ; je m'appuie surtout sur l'analyse approfondie des faits relatifs à l'évolution de la vie et au dégagement de la fonction intellectuelle, à travers les phénomènes biologiques.

J'ai promis de n'entrer dans aucun détail statistique. Pourtant il me semble opportun d'indiquer comment nous sommes à même d'étudier au point de vue pratique cette question de l'arriération mentale dans ses rapports avec la démence précoce. A notre *consultation médico-pédagogique*, signalée tout au début de cette communication, ont été examinés, depuis sa fondation, 20 janvier 1910, jusqu'à ce jour, 31 juillet 1911, cinquante-neuf enfants des deux sexes. J'en soustrais six enfants d'âge inférieur à cinq ans.

AGE	GARÇONS	FILLES	TOTAL	OBSERVATIONS
5 ans.	3	1	4	Sur le nombre de 53 enfants examinés, il importe de noter :
6 —	»	1	1	
7 —	3	4	7	
8 —	2	6	8	
9 —	1	2	3	17 sujets atteints de végétations adénoïdes :
10 —	9	2	11	
11 —	5	3	8	
12 —	2	»	2	12 garçons.
13 —	3	1	4	5 filles.
14 1/2	1	»	1	
15 1/2	2	»	2	Un seul cas de myxœdème chez une fille.
16 ans.	2	»	2	
	33	20	53	

Dans ma pratique urbaine spéciale, j'ai été à même de remarquer que chez des fillettes de 11 à 13 ans, surtout, se manifestaient des changements incontestables dans la sphère mentale : diminution de la mémoire et difficulté

de l'attention ; le caractère devenait triste et difficile. On constatait de la mollesse, de l'ennui et le manque d'intérêt aux classes qu'elles suivaient auparavant avec plaisir. Je dois signaler que l'interruption des études scolaires, ou bien la plus grande latitude accordée à l'activité spontanée de manière à n'exiger aucun effort, même le déplacement à la campagne faisaient disparaître peu à peu ces troubles. Toutefois, quand des parents obstinés ou des maîtresses indifférentes contraignaient à beaucoup de travail intellectuel, les résultats étaient désastreux. A l'oubli de ce que l'enfant avait appris s'ajoutait l'incapacité d'acquérir de nouvelles connaissances. Une de ces dernières a pu pourtant être dressée au métier de couturière.

Je dois ajouter, comme preuve de l'amélioration qu'on peut obtenir par le traitement médico-pédagogique, le fait suivant :

A la suite d'une méningite contractée à l'âge de 7 ans, une jeune fille d'une intelligence absolument normale est restée sourde et, par l'effet du trouble organique cérébral, a perdu les connaissances qu'elle possédait en lecture, écriture et calcul et même n'a plus pu fréquenter la classe. Ce n'est que vers l'âge de 12 ans que s'est manifestée une détente qui a permis la rééducation qui a eu lieu de 12 à 20 ans. Cette jeune fille est parvenue à acquérir les notions qu'ont les enfants de 14 ans, notions suffisantes pour la vie commune. La surdité a disparu entièrement et les sens possèdent actuellement un degré de perfectionnement presque normal. Même je dois noter le développement d'une aptitude spéciale pour la musique.

Chez les jeunes gens, la perturbation semble se produire de 13 à 15 ans. L'enfant, qui jusque-là avait travaillé régulièrement et sans difficulté, se plaint d'être fatigué, devient négligent de lui-même et de tout, capricieux, paresseux. Pourtant, ces modifications ne sont pas rares avant cet âge de 13 ans. Après 13 ans, le jeune garçon accomplit-il ses études classiques ou continue-t-il son instruction dans des écoles primaires supérieures, on le voit pour ainsi dire ne plus comprendre comme auparavant le sens des travaux

imposés. Cet état de confusion mentale peut durer un ou deux ans. Fait-on redoubler la classe, l'élève rentre le plus souvent en possession de l'aptitude qu'il manifestait antérieurement et redevient un bon élève. Si l'on ne tient pas compte de la difficulté que présente alors l'évolution intellectuelle, on dirait que les voies de ralliement sont brisées. L'on ne peut les rajuster qu'à grand peine. Autrement il reste une désharmonie plus ou moins manifeste dans la coordination des impressions ; mais ce n'est pas de la démence.

Si nous considérons plus particulièrement les âges que je viens de citer, pour les deux sexes, on peut certainement invoquer jusqu'à un certain point la révolution causée par l'établissement de la puberté. Pourtant faut-il faire abstraction de certaines habitudes vicieuses issues des mauvaises fréquentations ou d'autres causes plus ou moins latentes, méconnues, qui ont pu intervenir ? Nous serions alors obligés de nous ranger à l'étiologie de Marro et aux considérations que, d'après cet auteur, le Dr Cruchet a résumées dans son chapitre de la croissance psychique (1). Mais pour les enfants arriérés de 7, 8, 9, 10, 11 ans, on ne saurait invoquer une pareille raison. Il nous faut rechercher ailleurs la nature des obstacles qui déterminent les irrégularités d'évolution de la force d'accroissement intellectuel. Nous devons admettre que l'arrêt ou la régression qui peuvent avoir lieu, lorsque le mécanisme cérébral semble parvenir aisément à son *summum* de constitution, se produisent d'autant plus facilement et d'une manière plus ou moins partielle, que ce mécanisme est établi d'une façon moins solide ou que, dans ce mécanisme, s'insinuent subrepticement des lésions dues à des affections provenant de tares héréditaires (syphilis). C'est ainsi que sont atteints des sujets prédisposés, mais jeunes, jusqu'alors intelligents.

Je reconnais la difficulté de distinguer les divers degrés des états retardataires, qu'a fait ressortir l'obligation de suivre un programme d'instruction uniforme, de ceux qui

(1) Dr Cruchet. La pratique des maladies des enfants, tome Ier,

doivent être classés dans l'imbécillité et l'idiotie, à la suite des lésions cérébrales de l'encéphalite ou de la méningite ou des complications encéphalo-méningitiques de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la variole, de la rougeole, etc., des maladies toxi-infectieuses.

Ce diagnostic semble plus que jamais s'imposer avec l'application de la loi du 15 avril 1909, relative aux classes de perfectionnement. Je ne saurais trop approuver le Dr Roubinovitch, quand, dans sa leçon clinique du 7 février 1911, il s'efforce de prévenir contre les symptômes que présentent certains jeunes neurasthéniques ou psychasthéniques, où apparaissent des lacunes ou imperfections plus ou moins partielles de la mémoire, de l'intelligence, de la sensibilité affective ou encore certains hystériques ou pseudo-hystériques. Ces manifestations, par suite d'une prédisposition héréditaire ou acquise, sont basées sur la *vulnérabilité* de certains éléments du système nerveux, sur la fragilité de certains neurones et de leurs prolongements, situés dans les zones d'association. Mais, en même temps, ces modifications sont dues à ce que le tissu neuro-épithélial vient, dans certains cas, entraver la diffusion des matériaux fondamentaux du protoplasma par une prolifération obstructive.

Quand on étudie les altérations de l'intelligence, on ne peut en séparer l'examen des faits relatifs à la force qui construit l'organisme entier et dispose les moyens de défense. C'est ainsi que nous devons nous reporter à la réaction qui se manifeste dans le jeune âge contre les influences perturbatrices. Cette réaction se particularise par une symptômatologie que domine l'énergie évolutive de la croissance, proportionnellement au degré de développement organique. Parfois lors de la sortie des dents (première et deuxième dentition) et lors des phénomènes physiologiques qui doivent s'effectuer jusqu'à l'achèvement complet du corps ou lors d'une atteinte pathologique à un organe ; dans ce dernier cas tout particulièrement, se produit un trouble tendant à se généraliser, une sorte de désordre plus ou moins géné-

ral, à cause de la connexité qui, à cette époque, réunit les divers systèmes, synergie qui, dépendant de l'état des organes et de leurs corrélations fonctionnelles, est alors d'autant plus manifeste qu'on est plus rapproché de la naissance. Il n'existe pas encore cette indépendance qui s'accroit progressivement par la division du travail, tout en restant sous la domination coordonnatrice de l'ensemble des parties du corps humain. Cette indépendance se montre d'une façon très apparente dans la vieillesse.

Dans l'encéphale, la division du travail d'accroissement et de constitution peut être comparée jusqu'à un certain point à celle qui a lieu pour l'organisme entier. Ici, la coordination apparaît sous forme de la conscience et de la volonté réfléchie. Tant que cette coordination n'existe pas, saillissent, avec une simultanéité disparate, les élans des portions les plus développées de l'organe cérébral. Cette simultanéité disparate a été très justement désignée du nom de *confusion mentale*.

Les recherches physiologiques n'ont pas encore pu préciser la date à laquelle s'effectue cette coordination qu'on est convenu d'appeler *discernement* et sur laquelle s'établit la responsabilité. Notre droit français (article 144 du Code Napoléon), la fait coïncider avec l'âge de la puberté (16 ans chez la femme, 13 ans chez l'homme). Mais ce sont là des dates qu'on ne saurait considérer comme exactes, quand on a présentes à l'esprit toutes les variétés de la croissance psychique, d'une part l'accélération et, d'autre part, surtout, la lenteur et la durée que réclame l'achèvement complet des parties qui contribuent à la coordination. Ces conditions matérielles, sur lesquelles j'ai insisté, varient en outre suivant les individus, à cause de l'irrégularité dans les poussées constitutives. Or, personne ne met en doute, pour l'obtention d'un jugement droit, la nécessité de l'association des différents départements cérébraux et de leur concours équilibré.

Ce qui appartient en propre aux manifestations mentales de l'âge de la croissance, est le caractère d'hésitation de leur apparition, tant en l'état pathologique qu'à l'état

normal. Toutefois, il convient de faire la part du désordre qui survient dans le premier cas, et il est essentiel de le distinguer du résultat des lésions irréparables qui déterminent la démence.

Il est un autre caractère qu'il faut mettre en relief. C'est la modification progressive qui amène la guérison par l'achèvement des éléments qui, arrêtés dans leur développement, ont produit l'imperfection que j'ai dénommée *dyspsychie*, achèvement qui a lieu, grâce à l'emploi judicieux des conditions hygiéniques qu'on sait nécessaires à l'accroissement normal de l'espèce humaine.

On ne peut passer sous silence la force centrale qui réside dans l'embryon, et en vertu de laquelle celui-ci se fait à lui-même ses organes, durant tout son développement. Pourtant, en présence du développement difficile de l'intelligence, chez certains enfants, il importe de rechercher les causes de cette anomalie. Il n'est pas douteux que cette force centrale coopère avec d'autres provenant du père et de la mère. L'observation permet d'affirmer la transmission par ces forces additionnelles, avec les éléments déterminant les ressemblances, de certaines tares, dites héréditaires qui engendrent une prédisposition.

Des aliénistes éminents (1) ont conclu que cette dyspsychie était l'effet d'un ou plusieurs agents dégénératifs contenus dans ces tares.

Je ne puis ici examiner cette théorie pathogénique avec le développement qu'elle mérite. Mais, je rappellerai que, dès 1862, dans un mémoire publié en 1863 (2), je reprochais à cette constatation clinique de recevoir une importance qui, tendant à faire croire à une déchéance fatale et définitive, nuisait à l'intention de lutter contre la prédisposition.

En effet, n'est-il réellement pas possible de modifier l'action pernicieuse de la dégénérescence ? Ne peut-on pas

---

(1) Dr A. Morel. Traité des dégénérescences de l'espèce humaine, 1857. Drs Magnan et Legrain. Les dégénérés. 1895.

(2) Dr Armand Laurent. De la physionomie chez les aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1863, tome I, page 364.

combattre la prédisposition et en diminuer l'influence nuisible ? Ne peut-on, par une transformation des échanges nutritifs, atteindre efficacement cette disposition défectueuse du protoplasma ?

Des faits nombreux sont là pour convaincre de la puissance modificatrice d'une hygiène bien entendue et montrent les résultats victorieux d'une lutte opportune contre les aptitudes morbides, quand le cerveau est dans la période de croissance.

Cette curabilité a une valeur essentielle qui ne doit pas échapper au clinicien. Elle résulte de conditions particulières du protoplasma, et ces conditions se traduisent par des manifestations non moins particulières. Dans la physionomie, dans l'attitude, les gestes et les mouvements, existe une expression qui caractérise une lésion moins profonde et susceptible d'être modifiée par les moyens dont dispose la nature ou par les forces naturelles que nos procédés peuvent provoquer.

Outre le mode d'apparition et la tenacité qui sont incontestablement les meilleures bases d'appréciation, il importe de distinguer l'état de repos réel où la situation réciproque des éléments matériels psychogènes se montre naturellement, de l'état de tension qui résulte d'un fonctionnement suscité, ou bien d'un spasme ou d'une compression intimes dont la cause nous est inconnue.

Connaissons-nous exactement les manifestations extérieures d'un protoplasma imparfait, d'un protoplasma pendant les périodes progressives de la croissance traduisant les états variables, en intensité et en durée, d'hypertension et d'hypotension, alternatifs ou mélangés, du tonus nerveux ? N'est-ce pas avec justesse qu'on a invoqué cette imperfection pour expliquer les phénomènes bizarres et disparates qu'on voit dans les troubles névropathiques ?

L'expérience nous a appris que certains moyens sont capables de redonner à ce protoplasma une énergie qui ramène les élans dans une direction normale, et ainsi, que la déchéance mentale pouvant s'arrêter à n'importe quel degré, il peut y avoir guérison ou très grande amélioration.

C'est sur les caractères de l'état transitoire de durée variable des phénomènes morbides que je m'appuie pour combattre la dénomination de démence précoce donnée à des ensembles intérimaires qu'il importe de savoir diagnostiquer, à moins de faire le mot démence synonyme du mot folie, et par conséquent démence précoce synonyme de folie de la jeunesse ou de la période de croisssance.

La *dyspsychie* peut avoir des apparences vésaniques. On ne saurait perdre de vue les troubles qui se manifestent alors, et l'influence de l'application patiente et dirigée attentivement des moyens nécessaires à l'achèvement d'une croissance arrêtée dans son développement normal. Mais, même devenue vésanique, la *dypsychie* n'est pas la démence, quoique Krœpelin (1) nous dise que le développement de la démence précoce est loin d'être exceptionnel chez les gens à mentalité *congénitaleme peu développée* ou *ultérieurement affaiblie* ; deux cor 'itions différentes qu'il faut distinguer. Si la première tend à faire faire certains rapprochements avec l'idiotie, alors que le sujet est plus près de la naissance, la seconde condition, à cause même de l'existence plus ou moins complète des éléments fondamentaux de la coordination mentale, me porte à me ranger à l'interprétation que rappelait, en 1858, à la société médico-psychologique, un illustre ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Rouen), le Dr Parchappe, et à préférer l'expression d'*imbécillité consécutive* à celle de démence, que ce médecin connaissait parfaitement.

Enfin la *dyspsychie vésanique* ou folie de la période de croissance n'aboutit a un état d'obnubilation intellectuelle incurable que par la méconnaissance des vrais caractères des innombrables manifestations psychiques anormales qui viennent se mêler dans les différents degrés de la *confusion mentale,* et contre lesquelles la nature peut nous fournir des armes.

La déduction de ces considérations est qu'on ne peut trop insister sur la réalisation des conditions que notre

(1) E. Krœpelin. Loco citato, page 107.

illustre compatriote Claude Bernard a fait ressortir, en scrutant *les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux.*

CONCLUSIONS

En réclamant la distinction de l'état psychique nommé *arriération mentale* d'un autre état dit *démence*, j'ai voulu appeler l'attention sur l'importance de l'intervention du médecin neurologiste et aliéniste en matière d'éducation. Il importe que les éducateurs, par une initiation suffisante aux choses de la vie nerveuse, évitent des méprises regrettables, qui contribuent à l'aggravation de certaines déviations tout d'abord transitoires.

Je crois que l'étude de la croissance intellectuelle, vulgarisée dans le corps enseignant, doit aboutir à réduire à leur juste valeur bien des idées lancées sans l'appui solide de la réalité et de la connaissance des ressources que la nature met à notre disposition.

Les erreurs de la civilisation et l'impatience de voir le jeune être possesseur des aptitudes qui ne doivent appartenir qu'à un certain âge sont évidemment les causes des modifications dans la composition des éléments de nos tissus et de l'imperfection ou égarement de nos manifestations mentales.

Les Anormaux constitutionnels à la Bastille

(Interprétateurs, Revendicateurs, Fabulateurs)

par MM. Paul SÉRIEUX et L. LIBERT (de Paris).

Quel était, sous l'ancien régime, le véritable rôle des prisons d'Etat en général et de la Bastille en particulier ? Il est d'opinion courante que leur seul but était de retenir dans l'ombre de leurs cachots ceux qui gênaient les puissants du jour. Nous avons soumis cet axiome au contrôle des faits,

nous avons examiné, du point de vue psychiâtrique la fonction de défense sociale qui était en vérité dans l'organisme de l'ancien régime la raison d'être de la Bastille. Par la seule puissance des papiers émanant des représentants de l'autorité et des lettres écrites par les prisonniers, nous avons essayé de faire comprendre les services qu'a rendus la fameuse prison d'Etat, et de montrer qu'elle joua en réalité le rôle *d'asile de sûreté.* « Il apparaît, en effet, avec évidence, disait l'un de nous, il y a huit ans déjà, qu'à côté des victimes de l'arbitraire royal, il y avait (dans cette prison), en nombre non négligeable, des sujets appartenant aux catégories de dégénérés dangereux pour lesquels on demande aujourd'hui des asiles de sûreté, et que déjà à cette époque on reconnaissait comme trop lucides pour les maisons d'aliénés, insuffisamment responsables pour la prison et trop malfaisants pour être laissés en liberté » (1).

La Bastille, lors de sa chute, ne contenait que sept prisonniers : « quatre faussaires décrétés de prise de corps au Châtelet, de qui le procès s'instruisait régulièrement et de qui la place était dans une prison ordinaire, deux fous de qui la place était à Charenton, et le comte de Solages, jeune gentilhomme qui s'était rendu coupable d'un crime monstrueux sur lequel on désirait jeter un voile par égard pour sa famille. » Toute l'histoire de la Bastille est là. Dans la première liste connue des prisonniers (1643), nous retrouvons, comme à l'aube de la Révolution, toujours le même pourcentage : quatre scélérats, deux fous et un anormal constitutionnel. De même que Bicêtre, que la Salpêtrière, que toutes les prisons d'Etat, la Bastille est à la fois une prison, une maison de correction, et sous certaines conditions que nous préciserons, un asile d'aliénés. Elle est surtout *un asile de sûreté.* Elle retient entre ses murs nombre d'anormaux constitutionnels malfaisants et de dégénérés antisociaux.

Comme prison pour les criminels d'Etat et de droit com-

---

(1) Paul Sérieux. Les asiles spéciaux pour les condamnés aliénés et les psychopates dangereux. *Revue de psychiâtrie,* juillet 1905.

mun, le rôle de la Bastille est des plus importants. Si l'on fait abstraction des victimes incontestables de l'arbitraire royal (protestants, jansénites, hommes de lettres, prisonniers par représailles, etc...) on y trouve nombre de criminels et de délinquants professionnels, bref « une quantité de scélérats », comme le dit Mirabeau lui-même, en parlant des prisons d'Etat. Tous les délits, tous les crimes sont représentés.

La Bastille était encore une prison préventive pour les inculpés devant passer en jugement et placés sous mandat d'arrêt : il y a, à ce point de vue, identité complète avec les maisons d'arrêt actuelles. C'est également une forteresse où l'on place, par mesure disciplinaire, les officiers et les membres du clergé, ou bien les membres de la noblesse qui mènent une vie scandaleuse.

Les aliénés étaient à la Bastille en proportion notable. On pouvait être mis à la Bastille uniquement pour cause d'aliénation mentale. De nombreux documents en font foi. Ces internements ne peuvent être faits s'ils ne sont précédés d'une information judiciaire. Souvent, par un sens psychologique très avisé, on cache les motifs de la détention, « Sa Majesté étant persuadée qu'il y a des crimes qu'il faut mettre en oubli pour ne point faire connaître aux hommes qu'ils en sont capables, ce qui quelquefois les leur fait commettre. »

Mais si la Bastille reçoit des aliénés, ce n'est, reconnaissons-le, que dans certains cas spéciaux. Tantôt, il s'agit de personnages atteints de troubles cérébraux présumés curables et auxquels, pour des considérations particulières, on veut éviter l'opprobre d'une maison d'aliénés telle que Charenton. « Le maintien au château royal de la Bastille n'a aucun caractère infamant : l'emprisonnement par lettre de cachet, dit Frunck Brentano, ne porte aucune atteinte à la considération ». Tantôt il s'agit d'aliénés et de déséquilibrés dangereux ou malfaisants que l'on veut soumettre à une surveillance spéciale, de sujets qui ont fait des menaces contre le Roi, des régicides.

Enfin, ce qui montre bien que la Bastille est, par ce côté, un « service d'aliénés difficiles » on y transfère, des autres prisons et maisons d'aliénés, des individus atteints de troubles ou d'anomalies psychiques que leurs réactions ont rendu particulièrement incommodes, insupportables, dangereux, ou qui réussissent à tromper la surveillance dont ils sont l'objet. De temps à autres les supérieurs des couvents de province ou de Paris demandent qu'un aliéné confié à leurs soins et qui « s'agite comme un diable » soit envoyé à la Bastille qui « lui conviendrait beaucoup mieux ».

Dans certains cas, comme il arrive du reste de nos jours, le caractère délirant des actes est quelque temps méconnu. C'est ainsi que nombre de « libertins », d'intrigants, d'imposteurs, de scélérats, de conspirateurs, d'espions, se révèlent après quelques mois d'observation comme atteints de troubles mentaux. Tel ce prisonnier qui avait tué son adversaire en duel d'une façon assez étrange et qui devint fou pendant que l'on instruisait son procès.

On est frappé, en lisant les mémoires et les dossiers des prisonniers, et de la proportion notable d'aliénés que renferme la Bastille et de l'analogie que présente par maints traits cette prison d'Etat avec une maison d'aliénés. On y trouve relaté tous les incidents quotidiens de la vie d'un établissement d'aliénés : tentative de suicide et d'évasion, agressions et tentatives d'assassinat sur le personnel de surveillance, accès d'excitation, d'agitation incoercible, de fureur, destruction d'objets mobiliers, accès de mutisme, d'auto-accusation, refus d'aliments, actes de méchanceté et de rébellion d'aliénés raisonnants, dénonciations d'empoisonnement, révélation de complots, etc... Certains prisonniers ont, par faveur « la liberté » de se promener dans les cours du château. Ce sont pour les officiers de la Bastille « les prisonniers de la liberté » ; la tour où ils sont placés prend le nom de « tour de la liberté ». Et nous avons ainsi la surprise de voir *l'opendoor* appliqué à la Bastille, comme on le fait actuellement dans certains pavillons de nos asiles modernes. Ces « prisonniers de la liberté » disposent de jeux de boule, de tonneau, d'un jardin, d'une bibliothèque, font

des promenades sur les tours et dans tout le château à leur gré, fréquentent les officiers du château, sont invités à à dîner chez le gouverneur, ils ont la liberté de voir tous leurs amis, leurs parents et d'amener avec eux leurs domestiques.

Enfin, plusieurs prisonniers, dit M. Frunck Brentano, ont même la permission d'aller se promener en ville, sous la condition de rentrer le soir à la Bastille....

Il n'est pas jusqu'aux rapports très circonstanciés rédigés par les officiers de la Bastille sur les prisonniers dont l'état mental n'est pas normal, qui ne rappellent les « observations » des services d'aliénés. C'est qu'en effet la fréquence des troubles psychiques dans la population de la prison avait rendu le personnel familier avec les diverses manifestations des maladies mentales. Ils savent aussi prendre les mesures que réclame l'état mental de leurs malades, et ce ne sont pas toujours des mesures de rigueur telles que l'isolement, la mise au cachot, la contention par des chaînes, mais encore la surveillance constante de jour et de nuit par un ou deux gardes pour les malades présentant des idées de suicide, le traitement moral pour les mélancoliques, le traitement par les bains, les remèdes divers ; on sait enfin s'ingénier pour alimenter ceux qui refusent toute nourriture, et dans plusieurs cas on a recours aux soins du médecin.

La vieille prison d'Etat était donc un établissement de répression, de prophyxlaxie et de défense sociales sous les verrous duquel on retient tout ce qui pourrait être préjudiciable à la sécurité des particuliers et de l'Etat.

Mais il n'y avait pas à la Bastille que des prisonniers d'Etat, que des criminels ordinaires, que des aliénés de certaines catégories : il y avait encore en proportion notable des anormaux constitutionnels, c'est-à-dire des dégénérés inadaptés au milieu social, non point consécutivement à une maladie mentale, mais en raison d'anomalies variées du développement psychique. Sous les étiquettes de libertins, de fripons, de méchants, d'insensés, d'imposteurs, de scélérats de premier ordre, le médecin aliéniste reconnaît

des dégénérés de tous genres : débiles, imbéciles, fous moraux, déséquilibrés, mystiques, fanatiques, régicides, invertis et pervertis sexuels, interprétateurs, revendicateurs, mythomanes, etc., etc. Et c'est précisément cette proportion considérable de dégénérés malfaisants dont la place n'est ni dans une prison, ni dans un asile d'aliénés qui donne à la Bastille ce caractère d'asile de sûreté qui a si longtemps échappé aux historiens.

Parmi les mystiques, les convulsionnaires, les prophètes, les visionnaires, les uns, pauvres esprits, veulent accorder toutes les religions ; d'autres ont longtemps voyagé, cherchant des prosélytes dans tous les coins de l'Europe, et se font arrêter à Paris parce qu'ils suscitent des attroupements. Les plus notables des convulsionnaires de Saint-Médard furent mis à la Bastille, et l'on sait ce qu'en pense la psychiâtrie moderne.

Nombreux sont les régicides. Les uns ont simplement proféré des menaces, ont parlé de ressentiment qui pourrait armer leur bras et tenu des discours qui mériteraient le dernier supplice « si le vin ou la folie ne leur avaient servi d'excuse », d'autres sont « de ces fous de trembleurs qui font gloire de mépriser et de mal parler de toutes les personnes souveraines jusqu'à être capables de tenter même quelques mauvais coups sous prétexte de se sacrifier pour le bien public ». Certains sont allés même jusqu'à l'attentat, mais dans ce cas, la Bastille n'est qu'une prison préventive ; ils sont traduits devant les tribunaux et condamnés au bûcher.

Les affaires de mœurs entrent également d'une façon très sensible en ligne de compte. Le cas si connu du marquis de Sade justifierait à lui seul cette assertion. A différentes reprises, on met à la Bastille de véritables associations de sodomistes. D'autres prisonniers sont des instables menant une vie scandaleuse et causant le désespoir de leur famille, par leurs débordements. Quelquefois, on rencontre de malheureux exhibitionnistes, comme ce gendarme qui allait auprès de l'autel de la Vierge à Notre-Dame, et faisait des mouvements déshonnêtes jusqu'à ce que pollution s'ensuivit.

Les prisonniers de famille forment une catégorie très importante. Beaucoup ont fait des tentatives d'homicide avant d'être internés. L'un d'eux est « meschant à sa mère et à ses frères et veut tout tuer ». D'autres sont des déséquilibrés qui ont dilapidé leur fortune et ont sombré dans la débauche et l'ivrognerie la plus crapuleuses. Tavernier, qui plus tard s'accusa d'un faux complot pour tuer le roi dans la forêt de Sénart, était un libertin, fainéant et ivrogne, qui avait eu à plusieurs reprises maille à partir avec le guet et qui avait été détenu à Charenton et aux îles Sainte-Marguerite, sur la demande expresse de son père.

Enfin, il y a à la Bastille des prisonniers qui sont mis là uniquement pour faiblesse d'esprit.

Innombrables sont les observations d'aliénés et de dégénérés non délirants, que nous pourrions, parmi les 5.000 prisonniers, citer à l'appui de notre thèse. Nous préférons nous limiter à une catégorie bien déterminée d'anormaux ou d'aliénés raisonnants : interprétateurs, fabulateurs et revendicateurs.

I. Interprétateurs et Fabulateurs. — Nous avons trouvé à la Bastille un certain nombre de prisonniers qui nous paraissent pouvoir être rangés dans les catégories des psychoses interprétatives et des psychoses imaginatives.

Parmi les interprétateurs, les uns nous semblent devoir rentrer dans le délire d'interprétation véritable, les autres dans les psychoses interprétatives symptomatiques. Pour ce qui est des psychoses imaginatives, nous trouvons des cas que nous nous croyons en droit de rapporter les uns, les fabulateurs, au délire d'imagination de Dupré et Logre, les autres à la mythomanie et au délire d'invention et de réforme. Nous donnons ci-dessous l'observation d'un interprétateur qui se dit Henry de la Cerda, comte d'Albaterre et grand d'Espagne, et qui, après avoir passé deux ans à la Bastille, fut envoyé pour plusieurs années à Charenton.

Doucelin, soi-disant Henry de la Cerda, comte d'Albaterre, était le fils d'un paysan, apprenti et ensuite compagnon sellier dans les

rues du Mail, de Saint-Médéric et de Saint-André-des-Arts. Il voulait absolument se faire passer pour un membre de la maison de la Cerda deux ou trois fois grand d'Espagne, héritier de la couronne de Castille, et l'un des plus grands politiques de toute l'Espagne. Il dupe le public par les projets qu'il forme en lui faisant entendre qu'il retirera de gros avantages en lui prêtant de l'argent pour faire réussir ses entreprises. Dès le 7 janvier 1704, il lui fut notifié un ordre du Roi qui le reléguait à trente lieues de Paris. Mais il n'y obéit point. On l'arrête le 19 avril 1705 chez un généalogiste de la rue Notre-Dame, nommé Chevillard et on le conduit à la Bastille. Il a déjà, d'après les informations qui sont prises alors été dans les prisons communes pour de vilaines affaires. En 1695, il avait deux procès à Orange, l'une pour restitution de tabac, l'autre pour non réussite dans la construction d'un moulin à foulon. Il sortit de la prison du Grand Châtelet la veille de Noël 1704 ; il y avait été mis pour une dette de 200 livres. Pendant six années, il a fait des dupes dans Paris, achetant des marchandises qu'il a négligé de payer. Ses anciens patrons le reconnaissent et il n'en persiste pas moins à se dire comte d'Albaterre. Nombreux sont les projets qu'il a présentés au Roi. Il demande le privilège de percevoir un sol par livre de tout le bétail qui sera vendu dans un rayon de vingt lieues de Paris. Il sollicite une ferme de douze années pour un impôt de douze sols par livre sur tous les moulins sans réserve de France et de Flandre. Il réclame le droit de gérer toutes les voitures généralement quelconques sur le Rhône et l'Isère pour monter et descendre et celui de fournir seul pendant trente ans les paniers pour mettre le pain que les boulangers exposent en vente.

Pour prix de ses services, il veut être nommé inspecteur général de toutes les fortifications d'Espagne. Mais, par une généalogie imaginaire qu'il fait remonter jusqu'à Blanche de Castille, il revendique surtout ses droits sur le trône d'Espagne. Il persiste à se dire fils d'un grand seigneur, il possède le comté et port de Sainte-Marie en Andalousie et le duché de Cordoue. Il a des droits sur le duché d'Alcala et celui d'Albuquerque et, lorsque pressé de questions, il est bien obligé de convenir de la fragilité de ses affirmations, il n'en persiste pas moins à signer d'Albaterre. Mis à Charenton, en 1706, pour ses visions (la Sainte Vierge lui apparaît tous les huit jours et Dieu lui parle souvent face à face), il n'en persiste pas moins dans l'idée de ses dignités imaginaires. Pris tantôt pour un imbécile, tantôt pour un scélérat de premier ordre, il reste interné jusqu'en 1714, année où il est relégué à Beaucaire « parlant d'assez bon sens et toujours occupé de ses chimères. »

Voici l'histoire très résumée d'un autre prisonnier, Don Pedro de Jésu, dit Mouley Benzar, qui se prétend fils du roi de Méquinez, et passe plusieurs années à la Bastille, Vincennes, Charenton.

Mouley Benzar prétend que son père l'a voulu frustrer lui et son frère de son royaume. Il se donna soi-disant une grande bataille entre eux et leur père qu'ils perdirent. Son frère fut fait prisonnier, lui se sauva en Portugal, puis à Madrid où le Roi, d'après ses dires, lui fit le meilleur accueil. Il reste deux mois à la Cour d'Espagne puis vient en France ; Sa Majesté lui fait donner un équipage avec une escorte et deux cents louis d'or pour venir jusqu'à Bayonne où il reste deux jours, puis il vient à Bordeaux, Blaye, la Rochelle, à Loches, à Versailles et là il est arrêté et conduit à la Bastille où il entre le 22 décembre 1708. On écrit au Maroc, en Portugal et en Espagne et on apprend qu'il n'a été que simple soldat dans les troupes portugaises et qu'auparavant il n'était qu'un simple valet d'écurie. Le Roi d'Espagne s'informe auprès des Pères de la Meray pour savoir s'il est vrai qu'il est fils du roi de Mequinez et celà est reconnu faux.

Le 21 mai 1710, il sort de la Bastille pour être transféré à Charenton, mais d'Argenson reconnaît bientôt qu'il est dans tout son bon sens, sauf cependant qu'il soutient que son père est un gouverneur de province. On le met alors à Vincennes le 5 novembre 1710. Il y reste jusqu'en 1714, le 13 juin, et est transféré à Charenton où une note de d'Argenson, en 1715, déclare que « sa raison est fort dérangée, Il parle sans suite et il lui prend assez souvent des accès de fureur dont le dernier pense coûter la vie à un de ses camarades. » M. de Pontchartrain déclare le 10 septembre 1715 qu'il faut le laisser où il est, et tout fait présumer qu'on l'y a laissé.

Un autre paranoïaque avec idées de grandeur, c'est Emmanuel Ferrera y Carvalho, natif de Madrid, qui entra à la Bastille le 1er avril 1712 et en sortit le 28 février 1713, avec un exil hors du royaume.

Il était soupçonné de mauvais desseins et prenait des noms et qualités qui ne lui appartenaient pas. Au mois de novembre 1711, en arrivant chez M. de Villeray, il se dit le fils de M. le Marquis das Minas et soutint qu'il était comte de Souza. Sa fourberie étant découverte par une lettre que sa sœur lui écrivait de Madrid, par laquelle elle lui faisait des reproches au sujet des noms qu'il se donnait, il voulut faire une autre histoire et dit qu'il était le fils de M. le comte

de Stalaya; enfin le jour qui précéda sa détention, il avoua qu'il était le fils d'un homme qui avait été associé au traité de Culher pour la traite des nègres.

Nous avons relaté ailleurs l'histoire de Louis Roger, dit de Flavicourt, qui avait la manie de se prétendre fils de la marquise de Flavicourt et ne cessait de lui écrire des lettres folles et impertinentes. Il fut mis à la Bastille le 14 mai 1767. Des recherches très précises faites sur les registres de baptême, ne permettent pas de retrouver trace de ce qu'il avance. Engagé dans le régiment de Saint-Domingue, il sort de la Bastille, mais il est incapable de prendre du service ; ramené à Bicêtre, il y meurt le 1er avril 1773.

Nous pouvons rapprocher également de ces prisonniers :

Marie-Marguerite Brunache de Marcoux, femme d'un employé dans les fermes, se disant fille naturelle du prince de Conti et de la marquise de Nesle. C'était une grande intrigante, fourbe et escroque, qui tirait de l'argent de tous ceux qu'elle pouvait, et faisait espérer de grands emplois à ceux qu'elle entichait de ses contes. Elle fut mise à la Bastille le 24 juillet 1746, pour fausse dénonciation de complot contre le Roi, et transférée aux Filles de la Madeleine de la Flèche, le 24 septembre 1746 ; le Roi y payait pour elle 600 livres de pension. Elle eut pour complice le comte de Thelis qui fut incarcéré une première fois le 10 mars 1745, parce que il écrivait des lettres au Roi pour réformer le gouvernement. Il sortit le 25 mars 1745 avec un exil dans ses terres près de Lyon. Il fut mis à nouveau à la Bastille le 24 juillet 1746 comme fourbe, escroc, donneur de faux avis d'un prétendu complot contre la personne du Roi, contre Mgr le Dauphin, Mgr le duc d'Orléans et Mgr le duc de Chartres. Il en sortit définitivement le 18 janvier 1747 sur ordre contresigné Maurepas.

Un autre déséquilibré se donne des coups de couteau et prétend avoir été blessé par deux assassins qui en voulaient au roi. Cette simulation lui coûte la vie. Placé à la Bastille, il est mis en jugement et condamné à mort *par la justice régulière.*

Paul René du Truch de la Chaux, naquit à Saint-Vincent-de-Bertignac, en Guyenne. Son père, capitaine de cavalerie, s'était marié deux fois ; René du Truch de la Chaux naquit du second lit. Sa mère ayant bientôt quitté son père pour se retirer dans un couvent,

à Bordeaux, il fut élevé par une de ses tantes. En 1747, à l'âge de 12 ans, il prend à son père 3.000 livres et le meilleur cheval de son écurie et s'en va à Nice pour y trouver un oncle qui était dans un régiment au service du Roi. Mais ayant appris que son père avait écrit à son oncle de le faire arrêter si on le trouve, il prend le parti de passer sur les terres du Roi de Sardaigne ; il va à Gênes, parcourt une partie de l'Italie ; il se fait faire plusieurs habits et se fait passer pour un jeune seigneur, car il a eu de tous temps « beaucoup de gloire et d'ambition ». Il revient, en 1750, chez son père qui l'accueille comme l'enfant prodigue. Ce père meurt l'année suivante, sa mère sort alors du couvent et fait sa rentrée dans le monde, mais il ne peut s'entendre avec elle et vient à Paris en 1753. Il entre dans les gardes du corps de Sa Majesté, sous les auspices de M. le marquis d'Hautefort. Survient l'attentat de Damiens, en 1757. De la Chaux obtient un congé pour retourner dans son pays et il est prié en même temps de faire quelques recherches. *Il fait arrêter des innocents,* puis va passer un an en Espagne pour son plaisir personnel. Il revient et présente un mémoire de plus de 4.000 livres de dépenses ; il obtient avec peine 1.000 livres de gratification. Depuis ce temps-là il ne cesse de se plaindre et de solliciter une pension. Il va deux ans à Amiens en garnison. Il fait le grand seigneur auprès d'une fille de Saint-Omer qui a 150.000 livres de dot. Il donne des repas où l'évêque d'Amiens est invité. Il revient à Versailles et tombe amoureux de la fille de son hôtelier, la petite Nicolle Jaffens, âgée de 15 ans. Il se dit riche, et comble la fille de cadeaux, puis ne sachant comment trouver de l'argent, le 6 janvier 1762, entre neuf heures et dix heures du soir, étant de service à Versailles et en habit uniforme, *il se porte à lui-même,* en différentes parties de son corps, des coups de couteau. Un rapport de Le Cocq, chirurgien en chef de la Bastille, constate qu'il porte vingt-neuf blessures. Il subit deux interrogatoires à Versailles et est conduit à la Bastille le 9 janvier 1762. Le 12 janvier il est interrogé pour la troisième fois par M. de Rochebrune. Dans ces trois premiers interrogatoires il dit avoir été blessé par deux quidams qui en voulaient à la personne du Roi. Mais le 14 janvier, il confesse en pleurant à de Sartine, lieutenant général de police que l'orgueil, l'ambition et la faiblesse sont les trois motifs qui l'ont déterminé à attenter sur lui-même pour obtenir la croix de Saint-Louis et une pension de 3.000 livres qui lui permettra d'aimer sa petite amie. Il est, malgré ses aveux, condamné à mort. Conduit au supplice, il reste insensible devant la mort. Il fut, semble-t-il, une proie offerte à la vindicte du peuple encore tout frémissant de l'at-

tentat de Damiens. Le pauvre malheureux est bien la victime du doute et de l'incrédulité du public, écrit, à 4 heures du soir, le jour de l'exécution, le secrétaire du lieutenant criminel, et il ajoute en post scriptum : « M. le lieutenant criminel me fait peine par l'attendrissement où il est. »

Du Truch de la Chaux représente donc une catégorie de prisonniers assez fréquente à la Bastille, celle des faux délateurs et des auto-dénonciateurs. A côté de lui, nous rangeons deux autres cas analogues :

Nicolas Charpy de Rocquemont, gentilhomme de la province de Brie, qui avait été mousquetaire du Roi, dans la première compagnie et demeurait à Saint-Malo lorsqu'il fut arrêté. Il entra à la Bastille le 30 décembre 1749. En 1737, il avait été 18 mois au Fort-l'Evêque pour dette. En 1741, il y fut remis pour 5 ans et 8 mois. Il alla en sortant, à Saint-Malo, s'embarqua à deux reprises sur des corsaires, fut pris par les Anglais, s'évada de Plymouth et, revenu à Saint-Malo, ne pouvant payer ses dettes, il écrivit des lettres au Roi, à M. le Dauphin et à M. Rouillé, lettres qu'il signe d'Arbon d'Ulen, où il donnait avis qu'il était entré dans un complot par une intrigue et une trahison contre le Roi et l'Etat. Le 13 février 1750, il fut transféré au couvent de Saint-Ursin, près d'Alençon.

Quant à François-Pierre Chomalus de Nevry, dit Rocester, ou Boisbriant, entré à la Bastille le 24 avril 1755, ce fut un aventurier qui prit faussement différents noms et qui « pour faire fortune et parvenir à parler à M. le comte d'Argenson, s'accusa lui-même d'avoir conspiré contre l'Etat et d'avoir des relations suspectes avec les Anglais. Pour s'accréditer il avançait qu'il était de la maison des Boisbriant de Bretagne. »

Les trois prisonniers qui suivent sont des aventuriers imposteurs, fabulateurs, qui peuvent être rangés dans le délire d'imagination ou dans la mythomanie.

Le prétendu comte de Girard était le fils d'un pauvre chirurgien. Il se donna de grands titres. S'intitule chevalier de l'Eperon d'or et comte de Saint-Jean de Latran. Il débita ses visions à Chartres. Il escroqua plusieurs personnes, sous plusieurs noms à l'aide desquels il gagna la confiance. Il porta son insolence jusqu'à s'orner d'une croix de chevalier et à en faire broder d'autres sur son manteau.

Entré à la Bastille le 27 juin 1713, il fut transféré à Bicêtre le 31 juin de la même année.

Marie-Elisabeth-Charlotte-Valérie de Bruls, veuve Wasser, dite Dutilleul, soi-disant Milady Mantz, était « une aventurière célèbre et la plus grande menteuse qu'il y ait jamais eu ». Elle a été arrêtée et conduite à la Bastille pour avoir écrit à M. le duc de Choiseul une lettre par laquelle elle disait avoir connaissance d'un complot formé contre la personne du Roi, dans lequel complot se trouvaient des gens de premier rang. « Il n'y a point d'idées extravagantes, de fables et de fausses histoires que son imagination ne lui ait suggérées. » Entrée le 13 juin 1761, elle sortit le 2 mai 1762, ayant fait sa soumission de quitter le royaume et de n'y jamais rentrer. « Elle a osé y revenir en prenant la qualité de Milady Mantz et, sous ce faux titre, elle a escroqué des diamants et différentes marchandises ; en conséquence, elle a été arrêtée une deuxième fois le 18 mars 1765, et est sortie le 14 juillet suivant en se soumettant à sortir du royaume. » « C'était en réalité la fille d'un perruquier qui se qualifiait de très noble et très puissante dame comtesse de Lobkowitz, née comtesse de Brulz des Deux-Monts, Dame Haute Justicière du comté de d'Hetehoude, née chevalière de Malte par privilège accordé par le pape Honorius I, à la très illustre famille de Jean de Brienne, premier prince de Tyr et ensuite empereur de Constantinople, de laquelle est issue ladite dame de Lobkowitz, veuve de feu messire Joachim Wasser, comte d'Herchoud, capitaine-major dans le régiment suisse de Vigres. » Elle portait la croix et le cordon de Malte, mais elle disait qu'on lui avait volé, en 1753, ses titres, en vertu desquels elle avait droit, par sa naissance, de les porter ; qu'on lui avait volé, en même temps, ses titres qui lui donnent droit de porter la croix et le cordon de Saint-André, et qu'elle avait perdu ainsi tous les titres et papiers de sa famille. A la Bastille, elle fait des écritures à l'infini pour l'histoire de sa vie, roman plein de faussetés, se disant tantôt Lorraine, tantôt de Vienne, en Autriche, bâtarde de grands seigneurs, puis légitime, prenant toutes sortes de noms.

« Un prétendu gentilhomme romain, le comte de Saint-Angelo, se disant prince Justiniani de Chio et réclamant le titre de cousin du Roi, attire l'attention par ses propos et sa conduite mystérieuse, se fabrique une généalogie qu'il fait imprimer. Il fait des dupes et des dettes. Il joue à l'excessive dévotion. Ce prétendu prince de Chio était le fils d'un nommé Douceur, né à Puisseau en Gâtinais, et marié à la nommée Juteau, femme de l'organiste du lieu. Il passa à Rome, revint à Paris. Il épousa une irlandaise dont le comte d'Aspremont devint amoureux, ce qui le détermina à fournir au ton d'opulence que le prince Justiniani avait pris et qui lui servit à faire des dupes. »

Mis à la Bastille le 14 janvier 1764, le prisonnier fut transféré à Vincennes le 18 mai 1764, relégué à Mons, le 17 juin de la même année et rappelé d'exil le 9 octobre 1765.

Parmi les fabulateurs internés à la Bastille, il semble qu'on puisse ranger un certain nombre d'inventeurs et de réformateurs, dont l'état mental est plus que suspect. C'est :

Louis-René de Bourges de Longchamps, dont les papiers sont pleins de mémoires sur quantités de projets. Il avait écrit un mémoire contre les ministres et contrefait des lettres de cachet. Il resta vingt-quatre jours à la Bastille, du 4 au 28 février 1731, et fut exilé dans son pays. Le 12 septembre 1741, on le conduisit chez les frères de la Charité de Senlis, maison analogue à celle des frères de la Charité de Charenton.

C'est également :

Nadal de Renaudin entré à la Bastille le 5 avril 1743, transféré le 29 octobre suivant à Ham où il mourut. C'était « un grand menteur homme à système qui prétendait avoir inventé des machines utiles pour le service de la marine et de l'artillerie. On le disait prêtre et religieux minime. C'était un aventurier qui avait offert ses services dans plusieurs cours pour différentes machines et secrets à la faveur desquels il tâchait d'attraper de l'argent. »

C'est encore :

Adam-Joseph Rheiner de Dresde qui, après avoir reçu une éducation convenable, voyage en France, Italie, Angleterre, Hollande, Autriche, ne se fixant nulle part et intrigant partout pour obtenir un emploi. Il change son nom en celui de baron de Wunsfeld, et, reniant la religion juive, embrasse la religion catholique. Menacé d'être arrêté en Angleterre, il gagne précipitamment Calais, extorque à Dunkerque, au baron de Givry, une somme de 240 livres, à Calais, au commandant de place, une chaise de poste qu'il vend à son arrivée à Paris. Il se rend chez M. d'Argenson, à Versailles, en juin 1743. Le prince de Grimberghen, chargé d'affaires de l'empereur, le représente comme un aventurier et un fripon qui a trompé les ministres impériaux. Il est mis à la Bastille. Là il ne cesse de déclarer qu'il peut faire en deux mois de temps une machine pouvant détruire à coup sûr une armée ennemie. Ses expériences ne sont nullement concluantes, au dire de M. de Vernicourt, lieutenant général d'artillerie. Il est transféré le 16 mai 1744 au fort de Doullens. Là, il

écrit mémoires sur mémoires pour préconiser ses inventions. Il est surtout très entiché d'un certain projet sur les grenades de fer et les grenades de bois. A Doullens, il est le plus insupportable des prisonniers, réclamant sans cesse sa sortie, calomniant le gouverneur dans les termes les plus violents, jetant ses plats et assiettes par les fenêtres, essayant de casser la tête à son guichetier. On doit le ramener à Vincennes, en mars 1756 où il continue à écrire aux autorités des lettres pleines de menaces. On se résout à l'exiler et, le 1er mai 1758, il part par la diligence de Lille.

Nous terminerons cette étude des interprétateurs et fabulateurs par quelques mots sur un réformateur.

Antoine-Joseph Garrigues de Froment, homme de lettres, âgé de 52 ans, arrêté à Liège, fut transféré à la Bastille le 2 juillet 1748, puis à Pierre-en-Cise, le 16 août 1749. C'était un homme qui avait beaucoup voyagé dans différents pays étrangers : Hollande, Aix-la-Chapelle. Il fut arrêté pour avoir composé et fait imprimer différents ouvrages séditieux, entre autres un intitulé : *Plan impartial et raisonné de pacification générale et perpétuelle*, et un autre intitulé : *Intérêt de l'impératrice reine, des rois de France et d'Espagne.*

II. Revendicateurs, — D'autres prisonniers semblent relever du délire de revendication. Ce sont des gens à procès et à chicane, des régicides, des querulents, des faiseurs de mémoires, des persécutés-persécuteurs, des afficheurs de placards séditieux contre le gouvernement et l'Etat, des distributeurs de libelles diffamateurs, des hommes à projets, des mystiques ayant une mission à remplir et des réformateurs de religions. Le plus célèbre, le plus représentatif, celui qui mériterait une place d'honneur, Latude, « la plus touchante victime de l'arbitraire royal », ne peut être étudié dans le cadre restreint de notre communication. Nous en ferons l'objet d'une monographie.

Quelques semaines après son transfert de la Bastille au donjon de Vincennes, Latude a un accès de dépression. « C'est un *hébété* » auquel « on peut tirer à peine quelques paroles de suite ».

Interné de nouveau à la Bastille, après son évasion de Vincennes, Latude n'est plus déprimé, mais au contraire hypomaniaque. Il montre la méchanceté du circulaire. Il se rend insupportable, à tous par ses

cris, ses violences, ses exigences. Il fatigue les ministres par des mémoires où il expose ses multiples inventions. « C'est un venin tout pur... ce prisonnier est enragé, écrit le major de la Bastille ». Malesherbes, l'adversaire des lettres de cachet, va visiter Latude ; il le déclare « tout à fait fol suivant les idées qu'on m'en a données... il en a donné « des marques indubitables en ma présence. » Latude est enfin transféré à Charenton.

Parmi les revendicateurs moins notoires, citons un bel exemple de querulante :

Anne de Conflans de Vezilly, fille d'honneur de la duchesse de Toscane, ou plutôt Henriette-Marie de Conflans, femme de Denis de la Motte d'Isaut et de Guyenne, fut à la Bastille de juin 1659 à octobre 1660. Plus tard, le 26 avril 1664, alors que le président de Mesmes passait en la galerie des Merciers, elle se jeta à son visage et à ses cheveux ; à la Conciergerie elle refusa de dire son nom, bien qu'il soit assurément connu dans le monde pour y avoir souffert de grandes injustices. Elle aime la justice et la vérité, mais n'a point trouvé de tribunal où on la rende. Le perfide de Mesmes a corrompu tous ses juges et lui a fait perdre son bien. Elle a eu un grand nombre de procès et elle a renoncé au Parlement de Paris à cause de nombreuses injustices qu'elle y a reçues.

Les afficheurs de placards séditieux sont en proportion notable à la Bastille .Voici l'histoire résumée de quatre d'entre eux :

François-Honorat des Porcelets, chevalier seigneur de Lavalduc et de Fost, marquis de Courcel, avait l'esprit faible. Il présenta d'abord des sentences au Roi et à Mme de Maintenon. Ensuite, il mit des placards aux portes de Paris ce qui amassait beaucoup de populace, circonstance assez dangereuse à cause de la cherté du pain qui régnait alors. Arrêté par le commissaire Labbé, il fut conduit, le 28 juillet 1693, au Grand Châtelet, et, quelques jours après, il fut transféré à la Bastille. Dans ses papiers on trouva beaucoup de prières, des secrets de chimie, de pierre philosophale et de manuscrits à la gloire et aux conquêtes du Roi et de déclamations contre le prince d'Orange.

La même année, on mit à la Bastille, François Eliard, jardinier, demeurant à Coutances. Il fut arrêté affichant des libelles diffamatoires en divers endroits de Rouen et Paris, tendant à soulever le peuple contre le Roi et à faire perdre la couronne à Sa Majesté. Il disait s'être chargé d'afficher trois de ces placards à Rouen et sept à

Paris, à la sollicitation d'un seigneur de Normandie prenant la qualité de prince et se disant riche de 500 millions. En réalité, c'était une espèce de fol qui, à la Bastille, était veillé par deux gardiens pour l'empêcher de se casser la tête.

Michel Ballemont, premier huissier de la Monnaie de Rouen, avait fabriqué des libelles contre le gouvernement et en avait affiché un aux portes du Palais à Rouen et autres endroits de la Ville. Il séjourne à la Bastille du 9 février 1719 au 25 décembre 1720.

Jean Lacour, docteur en théologie, chanoine de l'église métropolitaine de Rennes, avait composé et répandu dans le public plusieurs mémoires et libelles contre M. le cardinal de Marly, archevêque de Reims, et contre plusieurs ecclésiastiques de mérite. Six ans avant son entrée à la Bastille, en 1726, il avait fait afficher une prétendue comédie ayant pour titre : *La seule troupe de comédiens de Son Excellence.*

Nous avons parlé plus haut des réformateurs de religions. L'observation de Boutet rentre dans cette catégorie.

Jean Boutet, sieur de Gaye, qui entra à la Bastille le 2 décembre 1706 et fut transféré à Charenton, le 6 juillet 1707, présentait des mémoires qu'il ne voulait confier qu'au Roy ou à Mgr le duc de Bourgogne. Il voulait réunir la religion catholique à la protestante, la conciliation de leurs dogmes et la convocation d'un concile. C'était le fils d'un ministre sorti de Béarn, qui s'était ruiné par des procès et par des chicanes. Rempli d'idées et d'imagination, il proposa à feu M. de Louvois plusieurs moyens de recouvrer de grosses sommes pour le Roi.

Une autre prisonnière, Jeanne-Geneviève Gravelle, peut être, à n'en point douter, classée parmi les persécutés-persécuteurs.

Elle vient en 1738 à Paris, pour suivre un procès qu'elle a à la Grande Chambre. Elle s'éprend d'un nommé Dujardin qui demeure chez son logeur. Dujardin refusant de l'épouser, malgré l'engagement que, d'après celle-ci il en aurait pris, elle l'attaque pour avoir restitution du dédit qu'elle avait fait et d'un billet de 2.436 livres qu'elle lui a souscrit sous la menace. Le lieutenant général prévenu contre elle lui a fait perdre son procès. Elle fait de nombreuses dupes. Elle dépouille une veuve Arnoult, elle achète de la marchandise à un drapier, Henry Alexandre Petit de la Peurière, et elle néglige de payer les traites souscrites, après avoir vendu la marchandise. Elle

ne reconnaît pas la validité d'un billet qu'elle a souscrit à M. de Caillière et que lui présente à l'échéance Franurs Delaville, négociant à Nantes.

Le 5 mars 1748, elle est arrêtée sur la demande de M. de Montmartel. Elle s'était mis dans la tête d'avoir fait réussir le mariage de M. de Montmartel avec Mlle de Béthune. Elle se croyait en droit d'en exiger des récompenses extraordinaires et, en conséquence, ne cessait de demander avec hauteur et impertinence des sommes d'argent, quoique M. de Montmartel, par complaisance et charitablement pour apaiser ses criailleries, lui eut fait présenter, à plusieurs reprises, près de 4.000 livres. Pendant douze ans, elle ne cessera de réclamer la récompense de ce prétendu service et de protester contre son incarcération.

Le 12 mars 1748 elle est transférée aux Pénitentes d'Angers. Elle adresse de longs factums aux gens en place contre M. de Montmartel et l'infâme Berryer. Elle désole les religieuses par son indiscipline. Elle met tout en œuvre pour faire parvenir ses libelles à qui de droit. Elle adresse sept requêtes aux seigneurs de la Grande Chambre. Elle trouble tellement la communauté que la mère Montsallier, la supérieure « première gouvernante de cet hôpital de brigandage », obtient son transfert aux Pénitentes d'Angers. Elle s'y comporte d'une façon identique. Le 2 novembre 1751, on la transfère à la Bastille pour mettre un terme à ses violences et à la noirceur de ses libelles. Là, sans papier, sans encre, elle ne peut plus donner cours à sa manie épistolaire et, le 20 avril 1760, elle meurt à Vincennes par une fièvre lente qui la minait et qui trouvait un précieux adjuvant dans ses refus d'aliments et de médicaments.

Voici, brièvement résumées, les observations de deux autres revendicateurs :

Joseph-Mathieu Fenouillat, entré à la Bastille le 22 février 1753, fut transféré à la Charité de Senlis le 16 avril suivant. Il ne cessait de demander d'être écouté au Parlement les Chambres assemblées, prétendant avoir des avis importants à révéler qui intéressaient la personne du Roi et l'Etat. « Sa démence n'est ni violente ni dangereuse » écrit Berryer au prieur de la Charité de Senlis.

J.-G. Lefèvre, huissier à la Cour des Aides, est mis à la Bastille le 17 février 1757, le 21 mai on le transfère à la Charité de Charenton. Il avait été arrêté à Versailles pour avoir voulu présenter un mémoire de remontrances au Roi, qui était une sorte de démarche où il entrait un peu de dérangement d'esprit.

Le Prévot de Beaumont, qui passa vingt-deux ans à la Bastille, à Vincennes, à Charenton et à Bicêtre, est le prototype du revendicateur, du paranoïque raisonnant.

En 1708, étant secrétaire du Clergé de France, Le Prévôt de Beaumond croit « découvrir le pacte vraiment infernal de Laverdy, contrôleur général des Finances qui s'exécutait contre la France entière (Pacte de famine) ». Dès lors, il va consacrer toute sa vie à ce qu'il considère comme une mission divine : « Je devais donc, en bon patriote, en bon citoyen, me dévouer au salut de tout le monde, dénoncer les conspirateurs ligués, me sacrifier généreusement et combattre seul contre tous ces monstres, sous les regards de Dieu qui me faisait faire cette découverte sans la chercher.... ». Le pacte de Laverdy avait pour but de « vendre Louis XV dans le temps présent avec son autorité, et Louis XVI pour l'avenir, 2° de donner la France à bail de douze années à quatre millionnaires... lesquels masquaient toute la ligue... et ravageaient effectivement la France au bénéfice de la ligue... ; 3° d'établir méthodiquement les disettes... les famines générales par l'exercice des accaparements des blés ». Tous les gens en place font partie de la « ligue », du « pacte abominable » qu'il lui faut dénoncer « à peine de trahir vingt-quatre millions de français. » Et « c'est uniquement pour avoir découvert le maudit pacte et pour m'empêcher de le dénoncer que les conjurés ligueurs m'ont tenu en captivité durant vingt-deux ans, cinq mois, dans six prisons.... ».

Au cours de sa détention, Le Prévôt de Beaumont ne cesse de « déclamer perpétuellement contre le gouvernement, d'écrire des lettres violentes contre ses ennemis, de dénoncer les crimes multipliés de ces monstres, de ces démons bouffis d'orgueil », quand les ministres et les lieutenants de police viennent le visiter dans sa prison, il ne peut se retenir et les accable d'invectives ; ceux-ci restent, assure-t-il interdits, « devant ses répliques foudroyantes ». Il « écrit avec acharnement contre eux » il les « accuse de mille scélératesses », c'est un prisonnier fort incommode, considéré comme « un fanatique très dangereux » : il fait enrager et maltraite ses porte-clefs : il joue « sans cesse, dit-il lui même, des tours ou gouverneur » ; il entre en rébellion, se barricade dans sa chambre, démolit fenêtres et murs, brûle sa porte. On est obligé de le prendre par la famine et ses accès de fureur répétés nécessitent sa mise au cachot « Ses esprits, dit le gouverneur de Vincennes, n'ont pas cessé d'être dans une continuelle fermentation ». Sartine écrit : « C'est une tête de fer, incorrigible, qu'il serait dangereux de mettre en liberté. ». A Charenton « il tient

des discours séditieux qui prouvent sa méchanceté et son égarement ». Il se croit un grand politique et compose des *traités* qu'il croit appelés à un immense retentissement. Il donne des conseils aux ministres. Ni la prolongation de sa captivité, ni le régime sévère parfois auquel il est soumis ne peuvent venir à bout de son énergie. Il est convaincu que tous ceux qui l'entourent sont des scélérats, capables de tout, même d'attenter à sa vie, pour étouffer sa voix, mais « la certitude d'être martyr innocent pour la Patrie me ranimait souvent pour braver la rage de mes tyrans ». Sa seule raison de vivre est, semble-t-il la dénonciation du *pacte secret* de la plus grande et la plus extraordinaire conspiration qui ait été faite depuis que le monde existe, contre tous les peuples de la monarchie française... « Cette découverte ne pouvait jamais être tue sans devenir moi-même aussi coupable que tous les conjurés ligués. C'est donc pour une cause qui n'était pas la mienne que j'ai tant combattu et que je devais persévéramment combattre ; c'est pour cette même cause qu'il a fallu me sacrifier et lutter seul en prison contre tous les plus puissants et les plus criminels qui fussent en France ». Dieu le soutient visiblement, affirme-t-il, les ministres s'inspirent de ses projets de réforme. Les accusations qu'il porte « ne sont pas des opinions, mais des *vérités invincibles* ». *Il voit partout des « fourbes et des scélérats* ». Il interprête faussement divers événements politiques. Il compose *l'art de régner ou la science du vrai gouvernement de la monarchie française dans ses soixante-six branches* « ouvrage qui aurait fourni à l'impression près de vingt volumes in 8 » ; il envoie au Roi son plan *d'université loyale, civile, politique, économique et morale.* Ses travaux sont le plus haut projet qui ait été conçu depuis l'origine de la monarchie afin d'en affermir et perpétuer la constitution. Ses tendances ambitieuses sont manifestes. « Il est vraisemblable, écrit-il, que le Roi voudra m'employer à l'exécution des grandes choses que je propose... les ministres ont été forcés dans leur crasse ignorance de se laisser diriger par mes écrits... » et il signe : Le Prévôt, prisonnier dérobé, recélé et tyrannisé pour avoir découvert, sans y penser, et de peur que je ne dénonce, selon mon devoir, une énorme multitude de conspirations qui s'exécutent contre le Roi et contre tout l'Etat. Ailleurs, il se dit « un homme d'Etat, plus ministre, sans vanité, que tous ceux qui le sont et l'ont été depuis l'existence de la monarchie. Vous n'en douterez point quand vous aurez lu *l'art de régner.* En aucun état de l'Univers, personne ne s'est avisé de composer, pour les souverains et la Patrie, un pareil livre. C'est que les vrais hommes d'Etat sont très rares dans tous les siècles... ». Une fois en liberté il veut attaquer

« ceux de ses persécuteurs qui vivent encore et réclamer sur leurs biens une indemnité de trente mille livres pour chacune des vingt-deux années de son injuste et tortionnaire captivité. Il n'y a pas « dans la vie des saints tourmentés par de puissants tyrans, de martyrologe si long et si varié que n'a été le sien ».

L'ancien régime possédait donc, dans la Bastille, un véritable « asile de sûreté » pour aliénés et anormaux constitutionnels. Asile de sûreté et asile d'aliénés autant que prison, la Bastille remplissait à ce double titre une fonction de première importance dans l'organisme social. Les médecins aliénistes, les criminologistes qui déplorent aujourd'hui l'absence d'asiles de sûreté, ne sauraient ne pas reconnaître tous les services qu'a rendus la célèbre prison d'Etat. La disparition de la Bastille a laissé la Société désarmée contre les méfaits des dégénérés malfaisants, dont le nombre n'a fait que s'accroître avec l'énervement de la répression. « Il est, en effet, toute une catégorie de délinquants, disait récemment M. Garçon, qui soit à raison de leur état mental, soit à raison de leur vie criminelle, doivent être considérés comme étant en état dangereux. »

A l'heure actuelle, ces anormaux ne sont considérés ni comme assez malades pour être gardés dans les asiles d'aliénés, encombrés par les délirants, ni comme assez responsables pour encourir une peine permettant de les retenir longtemps sous les verrous. Aussi, qu'ils soient internés dans les établissements d'aliénés, ou qu'ils bénéficient de l'indulgence des tribunaux, en raison de leur « responsabilité atténuée », la mise en liberté rapide de ces individus dangereux est la conséquence inévitable des errements actuels. Cette solution, à laquelle aliénistes et magistrats sont obligés de se rallier, n'en est pas une : les dégénérés antisociaux reprennent en effet la vie libre dans la société et encouragés par la quasi impunité qui leur est assurée, recommencent la série de leurs méfaits et de leurs crimes.

Les aliénés criminels et anormaux sont répartis arbitrairement dans les prisons et dans les asiles, et leur place n'est marquée ni dans l'une, ni dans l'autre catégorie de ces éta-

blissements. « On conserve dans les asiles, où l'on prétend soigner des malades, des sujets à instincts antisociaux, facteurs de troubles de tout genre, dont les anomalies mentales nécessitent des mesures sévères ; ou bien, on considère comme responsables et on punit d'emprisonnement des sujets anormaux à développement cérébral manifestement incomplet et incapables d'être intimidés par la crainte du châtiment. »

Il est du devoir des médecins aliénistes et des criminologistes, de réagir contre ce déplorable état de chose, et d'avancer l'heure où l'opinion publique mieux éclairée, permettra d'ouvrir des asiles de sûreté, grâce auxquels la société sera défendue — enfin — contre les agressions des anormaux constitutionnels, sans que d'ailleurs la liberté individuelle soit compromise. L'intervention des tribunaux pour toutes les mesures concernant les dégénérés malfaisants, les anormaux constitutionnels, les déséquilibrés à responsabilité atténuée, justiciables des asiles de sûreté, mettra en effet obstacle à tout arbitraire dans l'internement, le maintien ou la mise en liberté de ces sujets dangereux.

La Suggestion par la Beauté (Agnès Sorel et Charles VII)

par M. P. PEUGNIEZ (d'Amiens).

Il existe dans l'histoire des cas curieux de suggestion. Pyrrhus, roi d'Epire, obtenait, dit Tacite, des guérisons miraculeuses avec son pied. Les trois poils de barbe de Mahomet conservés à Cachemire ont, pendant des siècles, guéri des théories nombreuses de pèlerins. Ici même, l'évêque

d'Amiens, sous Henri III, sur le point de procéder à un exorcisme, ordonne à un laïque de se vêtir d'habits sacerdotaux : en guise de textes sacrés, on lit à la possédée les épitres de Cicéron. L'appareil imposant de la cérémonie suffit néanmoins. Et la malade, qui, depuis longtemps, faisait des dupes, guérit définitivement. Ces faits sont encore aujourd'hui d'actualité, car des sources sacrées coulent encore. Mais ils sont trop connus, et leur mécanisme trop bien analysé, pour que je veuille y retenir votre attention.

Cependant, à côté de cette suggestion qui guérit les tares et les infirmités physiques, il en est une autre, plus mystérieuse en apparence qui, sans abolir la spontanéité d'un sujet, s'exerce par une autorité étrangère : elle suscite à celui-ci une idée capable d'éveiller d'autres idées associées à la première : elle finit même par déterminer des actes que, livrée à elle seule, la volonté du sujet eut été impuissante à accomplir. Il semble qu'il y ait là comme une sorte d'antidote versé à certains impuissants de la volonté. Pour vous, Messieurs, qui avez créé la psychologie moderne et qui vous penchez sur les maladies de l'intelligence que vous avez décrites et classées, j'ai choisi dans notre histoire un exemple de cette suggestion. Elle me paraît éclairer quelques obscurités d'un règne qui, pour les historiens, est resté tout imprégné de mystérieux. L'étrange figure de Charles VII est si bien demeurée une énigme qu'on se demande, en l'appelant « *le Victorieux* » si c'est un titre qu'on lui décerne ou une ironie qu'on lui jette. Il fut une heure dans sa destinée où son royaume était réduit à une ville, qu'il n'avait plus ni soldats ni trésor pour défendre. Et cependant, à sa mort, les Anglais sont chassés du territoire, la France retrouve son unité, l'Angleterre va perdre la sienne.

Pour ceux qui ne croient pas à la conscience obscure du hasard, il y a là autre chose que des coïncidences. J'ai cru y voir l'action constante et salutaire d'une intelligence en laquelle s'équilibraient harmonieusement les plus remarquables qualités, manifestée sous les traits d'une jeune femme d'une radieuse beauté, et s'exerçant sur une activité

cérébrale sans cesse défaillante, sur un ralenti de la volonté auquel elle a, pendant vingt ans, versé entre deux caresses, comme un philtre, quelque chose de ses dons merveilleux de raison, d'énergie, de jugement, de sagesse.

Pour comprendre la réalité de cette suggestion, étudions les deux sujets, en analysant comme nous faisons au lit d'un malade, leur hérédité, leurs antécédents, leur passé, leur bilan physique et intellectuel, le milieu enfin où ils agissaient, au moment où la vie de cour les mit en présence.

Charles VII est le onzième enfant d'un malheureux délirant dont les crises de fureur finissaient sous la main apaisante et consolatrice d'une femme, la douce Odette de Champdivers, la petite reine, comme on l'appelait, qui lui récitait des contes de chevalerie, et lui apprenait à jouer aux cartes. L'union de ce fou, marié ici même, sous les voûtes de notre Cathédrale, avec « une bavaroise poulinière » (A. France) pesa comme une hérédité écrasante sur l'existence du dernier fils. S'il est vrai que nous sommes ce que nous font nos mères, Charles VII ne reçut pas d'Isabeau de Bavière cette féconde initiation à la vie. Il suça tout à la fois le lait de cette marâtre et le philtre empoisonné qui se distillait autour des orgies, dans les hôtels de Saint-Paul, de Nesle et du Petit-Musc.

Son premier souvenir d'enfant est celui de la nuit où grondait le tocsin sonnant le massacre des Armagnacs, tandis que Tanguy-Duchâtel l'emportait sur un cheval dont les pieds glissaient sur le pavé sanglant des rues, jusqu'à la Bastille.

Quand on cherche quelle merveilleuse puissance est ainsi venue décider tout à coup du sort d'un peuple, la légende, ou plutôt la réalité touchante et terrible de Jeanne d'Arc surgit irrésistiblement. Il est certain, néanmoins, qu'elle ne détermina aucune modification décisive dans le caractère ni dans la conduite de Charles VII. Même après le souffle prophétique qui, sous les lèvres de Jeanne, galvanisa un instant ce fantôme, il retombe dans son incurable inertie.

Lorsqu'elle est prise, il n'écrit même pas une lettre au pape, dont il reconnaît cependant l'obédience, pour lui déférer l'acte judiciaire qui va déshonorer l'Eglise !

C'est à partir de 1435 que la raison semble se lever en lui, mûrie, majestueuse. Chaque année va, désormais, enregistrer un succès. C'est aussi l'époque où vient de paraître à la cour la douce et séduisante figure d'Agnès Sorel. Et, notez de suite qu'à sa mort, Charles VII retourne aussitôt à sa vie de débauche. Il laisse poursuivre Jacques Cœur ; Chabannes ressuscite pour lui l'esprit désordonné des grandes compagnies. Sa paresse d'esprit, qui en a fait vingt ans un roi d'intrigues et de coterie, reprend le dessus. Le duc de Bourgogne se déclare à nouveau contre lui. Quatre ou cinq ans après la mort d'Agnès Sorel, le dauphin qui attendait patiemment à la frontière l'heure de s'appeler Louis XI, considère son père comme un roi fini, captif aux mains des chefs de bandes. Ainsi, la période héroïque du règne coïncide avec celle où s'exerce l'influence d'Agnès. Deux crimes impardonnables déshonorent ce règne : l'abandon de Jeanne d'Arc et celui de Jacques Cœur. Le premier est antérieur à l'arrivée d'Agnès à la cour. Le second ne fut commis qu'après sa mort.

Renié par sa mère au traité de Troyes, condamné au bannissement lors de l'entrée de Henri VI à Paris, il n'est même pas derrière le cercueil de son père dans le cortège qui le porte à Saint-Denis. Un seul prince a suivi le convoi : le duc de Bedfort : un Anglais ! Toute son adolescence se débat au milieu des fléaux les plus tragiques et les plus meurtriers : la guerre, la famine, la peste. Quelquefois, c'est un drame passsionnel qui vient, à tous ces désastres, ajouter sa hantise. Il a 16 ans quand ses gens assassinent, sous ses yeux, son cousin Jean-Sans-Peur. Et cette horrible vision lui laissera des terreurs qu'il ne maîtrisera jamais. Un jour, à la Rochelle, pendant le Conseil, le plancher de la salle s'effondre, tuant Jacques de Bourbon et d'autres parmi ses parents. « *Lui seul demeura tout assis sur la chaière* » dit un chroniqueur.

Faut-il s'étonner que son intelligence ait fléchi sous le

coup de pareilles catastrophes ? De fait, sa première adolescence paraît comme arrêtée dans une enfance sans fin. Son développement physique n'est qu'une ébauche. Il est petit, malingre, avec des jambes cagneuses. Lorsqu'il est vêtu de chausses, avec des houseaux, la huque ou tunique serrée à la taille laisse voir ses membres inférieurs courts, aux aplombs incertains, avec deux cuisses creuses et des genoux énormes, qui ne veulent pas se séparer l'un de l'autre. Aussi, les dissimule-t-il volontiers sous les longues robes de Cour. Mais sa démarche reste irrégulière et disgracieuse. Ainsi, tout étriqué de corps, il s'adonnait peu aux exercices physiques : il n'avait ni le goût, ni le moyen de faire ces vaillantises d'armes que sont les prouesses chevaleresques d'un Philippe de Valois ou d'un Jean-le-Bon. Tout au plus, montait-il à cheval.

Regardez son buste, échappé au pillage de Saint-Denis. La tête est forte avec le bas du visage fuyant. Le nez est long, la bouche large, la lèvre inférieure épaisse et sensuelle. L'ensemble de la physionomie respire la bonté ; mais il y a sous ces lourdes paupières, dans les accents qui entourent le nez, la bouche surtout, la notation de la tristesse, de l'inquiétude et de la défiance.

Partout j'ai retrouvé ces caractères dans les portraits de lui que j'ai pu étudier. A Chantilly, où l'image a été faite du temps de sa jeunesse, c'est la même construction, avec une indication plus discrète des émotions que l'âge y devait buriner plus tard, et que le pinceau de Fouquet imprima avec tant de vérité dans le sévère portrait du Louvre.

Ici, l'abondante chevelure qui n'est, sans doute qu'une interprétation dans le buste de Saint-Denis, a disparu. Sous le chapeau bleu à bords relevés et garni d'une torsade d'argent, pas un cheveu n'accompagne l'ovale de la figure. Le visage est imberbe, ce qui souligne le caractère. C'est toujours le même nez gros et bulbeux, la même bouche voluptueuse et débonnaire. Les yeux, sans éclat, sont d'un gris vert, largement abrités sous le voile des paupières ; et l'âge sur toute cette physionomie, a inscrit en rides profondes le chagrin, la souffrance, la résignation. L'attitude, le milieu

concourent à ces impressions. Le roi est à mi-corps, les mains jointes sur un coussin de brocart et les courtines qui l'encadrent de chaque côté, la verrière qu'on devine dans le fond, donnent à penser qu'il est là, méditant dans son oratoire.

Ce masque douloureux abritait, en effet, une intelligence perpétuellement inquiète et défiante. Toute sa vie, le meurtre de Jean-Sans-Peur éveillait en lui des terreurs dont il ne pouvait s'affranchir. Plus tard, on lui tuait tous ceux à qui il marquait quelque confiance ou amitié : le sire de Gaïac, Lecamus de Beaulieu, etc... Aussi était-il timide, poltron même. Il ne chevauchait qu'armé et toujours entouré d'une garde nombreuse. En voyage, il était accompagné de tous les officiers de sa maison, en armes. Vingt-quatre arbalétriers, à cheval, étaient préposés à la sécurité de sa personne. Quand les Ecossais descendirent en France, il en forma une compagnie d'archers pour son service. Cette garde couchait toute armée au palais.

Craignant toujours de mourir « *par jugement de Dieu, il ne s'osait loger sur un plancher, ni passer un pont de bois à cheval, tant fût bon* ». Il n'aimait pas les grandes villes, avait la terreur des lieux fréquentés et populeux. Il ne pouvait supporter le regard d'un inconnu « *car de cestuy jamais ne se bougeaient ses yeux, et en perdait contenance et manger* » dit Chastelain. Et plus loin « *non asseuré entre cent mille, se fut espouvanté d'un homme seut, non cognu* ». Et aussi « *n'était nulle part seur, nulle part fort* ».

Aussi, consacre-t-il de longues heures à la dévotion. Il entend trois messes par jour, récite exactement ses heures, se confesse tous les jours, et communie aux jours de fète. Il a dix-huit chapelains autour de lui, fait partie de tous les cortèges religieux. Dans son « Adoration «, Fouquet l'a représenté à genoux sous les traits d'un Roi Mage.

Une de ses superstitions les plus curieuses, est la croyance qu'il avait dans l'influence des couleurs sur sa destinée. Toujours il affectionnait le vert, qu'il estimait la couleur de l'espérance et comme le symbole de la gaieté. Ses vêtements étaient souvent de cette couleur. Dans son portrait

du Louvre, les courtines qui l'encadrent sont vertes, vert le col de son habit, verte la verrière qui transparaît dans le fond.

> Le bon Seigneur, pour sa joyeuseté
> Portait sur lui, souvent quelque verdure
> Ou ès habits, en yver ou esté
> Et estait gay, pour resjouir nature.

Très changeant dans son humeur, dans son caractère, dans ses affections, on le voyait quitter, chasser, punir, reprendre ses favoris et ses maîtresses.

Tel est l'homme. De temps en temps, une catastrophe lui arrache un cri de douleur : aucun désastre ne suscite en lui ces élans généreux qui jaillissent d'une âme virile. Ni la conscience, ni le jugement ne se lèvent en lui pour lui montrer qu'il gaspille dans une vie de plaisirs, afin d'y chercher l'oubli, le maigre trésor d'activité que lui a départi la nature. Et il éparpille en futilités et en caprices le peu de forces morales dont il dispose, au lieu de les conserver en un faisceau de puissances dirigées par un effort continu vers un but déterminé.

Ce fut l'œuvre patiente qu'entreprit Agnès Sorel.

Sans être de naissance illustre, elle appartenait à une famille dont le nom comptait déjà dans l'histoire. Son père, Jean Sorel, était écuyer, seigneur de Coudun, petite châtellenie près de Compiègne. Sa mère, Catherine de Maignelay, était châtelaine de Verneuil. Il est bien probable, quoi qu'en disent presque tous ses historiens qu'elle était picarde et non tourangelle, Il semble bien qu'elle soit née dans les environs de Compiègne, à Coudun ou à Thourotte, quoi que les recherches soient fort difficiles, quand elles remontent à une époque où la loi civile n'ayant rien disposé en matière de naissance, les témoignages directs ou authentiques manquent presque toujours.

Toute jeune, elle est placée à la cour d'Isabelle de Lorraine. Celle-ci était une des princesses les plus instruites et les plus distinguées du siècle. Elle venait d'épouser René d'Anjou, le bon roi René, dont le souvenir est resté si cher aux Provençaux, une des intelligences les plus cultivées de l'époque :

lettré, peintre-imagier, musicien, artiste dans le sens le plus large et le meilleur du mot. Isabelle avait le même âge que sa jolie compagne. Cette similitude rapprocha la reine et la vassale. A ces précieuses initiations s'ouvrit vite l'intelligence d'Agnès Sorel. Et, lorsqu'elle s'apprête à suivre Isabelle à la cour du roi, elle a, disent les chroniqueurs, « *une belle âme, de l'esprit gaulois, une intelligence alerte, gracieuse, enjouée... Et sa parole était si au-dessus de celle des autres femmes, qu'elle était regardée comme un prodige.* »

Ainsi, l'esprit d'Agnès avait reçu la culture des lettres. Nous devons, évidemment, nous en rapporter au témoignage du temps. Il ne nous reste d'elle que quelques prières écrites sur les cahiers de velin blanc qui terminaient son livre d'heures, et quelques lettres qui nous initient aux qualités de style et aux sentiments d'Agnès. Elles révèlent toutes une grande douceur, une grande bonté. Monstrelet dit d'elle : « *Et si estait Agnès de vie moult charitable et large en aulmone, et distribuant du sien largement aux povres églises et aux mendiants* ». On la vit sacrifier ses plaisirs pour « *courir devers ceux qui se lamentent, sans pain, sans logis,* « *demi-morts de froid sur les routes.* »

Tous les contemporains ont exalté sa radieuse beauté.

« *Entre les belles, c'était la plus jeune, la plus belle du monde* » dit l'un. « *Et comme entre les belles,* rapporte galamment le continuateur de Monstrelet, *elle était tenue la plus belle, elle fut appelée mademoiselle de Beauté, tant pour cette cause que pour ce que le roi lui avait baillé le dit chastel.* »

« *Les malades guérissaient au sourire seul de la belle des belles tant était grand le ravissement que causait l'éclat de sa joliesse et l'insigne douceur de son regard angélique.* »

Blonde, avec un « *teint de lys et roses* » (c'est l'expression qui revient à chaque instant dans les descriptions de l'époque) elle avait une merveilleuse chevelure relevée comme à la mode du temps et dont, seuls, les bandeaux étaient visibles : des cheveux d'un blond cendré, longs, souples et fins que, près de 300 ans après sa mort, les chanoines de Loches devaient retrouver dans son cercueil « *absolument*

sains comme ceux d'un cadavre récent ». Ses dents fines, régulières, étaient éclatantes de blancheur. Le cou, les épaules, le sein d'un modelé et d'une fraîcheur incomparables.

Quelques-uns de ses portraits ne sont que trahison et répugnent à la critique. Tel celui de Chantilly qui est de seconde main, du reste, copié au XVIe siècle d'après un portrait du XVe. La bouche y est cependant d'un joli dessin, avec des lèvres d'une belle carnation.

Le diptyque du musée d'Anvers nous la montre à l'époque de sa pleine maturité. L'œuvre de J. Fouquet est de 1450. C'est l'année de la mort d'Agnès Sorel. Elle devait avoir 39 ans. Le panneau représente la Vierge et l'enfant Jésus ; mais l'artiste a copié, pour sa Vierge, les traits d'Agnès Sorel. La taille, d'une grande élégance, se dessine sur un manteau d'hermine attaché aux épaules. Le buste, large, émerge d'un corsage ouvert qui laisse à nu le sein, modelé avec beaucoup d'ampleur et de fermeté. Du front descend un voile transparent qui tombe en plis légers. Les yeux sont baissés ; les traits, d'une grande finesse, ont quelque chose de la raideur hiératique du dessin de Chantilly.

Voici la même figure qu'on pouvait admirer à l'exposition des primitifs français en 1904. Elle n'est qu'une interprétation de la première, mais elle est du XVIe siècle. L'art est assoupli. L'image est plus vivante. Sous les paupières qui voilaient les yeux de la figure d'Anvers, le regard, ici, coule avec une infinie douceur. Sans doute il s'agit bien cette fois d'un portrait. Mais le buste, le manteau, le voile, l'échancrure du corsage, l'attitude générale même sont copiés sur le dyptique d'Anvers.

C'est la transition qui prépare l'œuvre de Belliard, où l'image resplendit vraiment de jeunesse, de grâce et de séduction. Ici encore, l'éclat des yeux bleus est tempéré par la finesse du sourire et par l'impression de douceur qui rayonne de toute la figure. Et c'est toujours le même modelé solide, souple et jeune des épaules et de la poitrine.

S'il est difficile d'imaginer deux personnages plus dissemblables, au physique comme au moral, il est facile de pré-

voir quel est celui qui devait vite conquérir de l'ascendant sur l'autre, le jour où les circonstances, aidées peut-être par une prévoyance intelligente, les mettraient en présence.

Une femme veillait depuis longtemps sur ce pupille au front ceint d'une couronne : sa belle-mère, Yolande de Lorraine. La vieille reine qui, déjà, avait su faire accueillir la Pucelle, suscita à ce viveur une maîtresse qui sut le retenir fidèle, et se fit aimer vingt ans. Sur ses conseils, lorsque sa fille Isabelle, en 1432, se rend à la cour de Charles VII pour y solliciter la liberté de son mari, prisonnier du comte de Vaudemont, elle emmène Agnès Sorel avec elle.

La dame d'honneur fit de suite impression sur le roi. « *Et il demeura si atterré de sa moult grande beauté que plus* « *ne pouvait parler aucunement* ».

Il semble qu'elle-même ait de suite entrevu ce que pourraient la douceur, le charme et la séduction d'une femme sur l'intelligence de ce pauvre homme pâle et tremblant, qui regardait d'un œil morne tout aller autour de lui à la male heure.

Aux environs de 1432, les affaires de France « *sont au tout petit point* ». Tout semble perdu. L'armée est détruite, les villes prises ; les Ecossais ont été exterminés à Verneuil, la Loire a été franchie par les Anglais, le duc de Bedfort est régent du royaume pour Henri VI. Le bûcher de Rouen s'est allumé. On n'attend plus aucun secours humain, ni du ciel. Le roi parle de se retirer en Dauphiné : d'autres proposent de passer les Alpes !

Agnès Sorel entreprit d'initier ce martyr à une religion nouvelle : celle de l'espérance et de la vie. Son influence s'exerce au début par une sorte de prosélytisme dont elle a placé le but dans le domaine de l'intelligence et de la morale. A-t-elle songé, dès les premières rencontres, au don de sa personne ? Il n'y paraît pas, au témoignage des contemporains : « *Toute simple demoiselle que je suis,* dit-elle à Ponthon qui a surpris le roi à ses pieds, *la conquête du roi ne sera pas facile. Je le révère et je l'honore, mais je ne crois pas que j'aie rien à démêler avec la reine à ce sujet* ».

Le roi, du reste, dénué de tout héroïsme, n'a rien d'un séducteur. Il est pauvre dans toute l'acception de ce terme. Sa détresse et son indigence lui permettent à peine de se vêtir et de se nourrir, lui, la reine et le dauphin. Agnès, au contraire, jouit à la cour de Lorraine d'une princière opulence qui, non seulement dominait hautement les besoins de la vie, mais ne permettait pas de soupçonner que son attachement à Charles VII eut pris sa source dans d'abjectes nécessités ou de bas instincts.

Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux que les charmes de sa personne détruisirent assez vite l'illusion que le néophyte ne s'aviserait jamais de la troublante beauté de son initiatrice. Si le roi trouva la sagesse aimable dans une telle bouche, sans doute chercha-t-il quelquefois sur ces lèvres, autre chose que le langage de la raison.

Mais il est impossible de préciser à quelle époque remontent leurs relations. De même qu'au lendemain de sa mort. le mystère et l'obscurité se sont répandus autour de la favorite de la veille pour en faire comme un personnage de légende, ainsi dans le voile mystérieux où elle sut envelopper ses premières amours, non seulement pour l'avide postérité, mais même pour les contemporains qui l'épiaient, elle a su dérober les commencements de sa tendresse.

Ce furent les manifestations passionnées de l'amant-roi qui trahirent le mystère. Et quand, en 1435, la reine Isabelle quitte la France, Agnès est placée comme demoiselle d'honneur auprès de Marie d'Anjou. Elle est, pour toute la cour, la maîtresse de Charles VII.

Or, il n'est pas douteux qu'à partir de cette époque aussi, sous le charme de cette douce et séduisante influence, Charles VII prend conscience de son rôle de roi, et peu à peu se lève et marche, avec la confiance d'un homme qui porte un talisman.

Pour la première fois, peut-être, dans ce cerveau de voluptueux, insatiable et paresseux, un idéal s'est levé ! Il a vu une conquête à entreprendre. Lui demandant chaque jour un effort pour se laisser gagner, mettant sa coquetterie à ne lui rien accorder qu'il n'ait obtenu par une manifesta-

tion de son initiative et de sa persévérance, Agnès Sorel réussit à lui apparaître comme une sorte de royaume à conquérir.

Elle a remarqué que, chez ce blasé, les traditions du sang vivent côte à côte avec des allures médiocres : qu'il aime le faste, la mise en scène. Pour lui, elle relève l'éclat de sa beauté de tous les artifices que peuvent suggérer l'élégance et le luxe. Ses robes étaient des plus somptueuses, presque toujours bordées d'hermine, garnies de riches fourrures : ses toilettes relevées de perles, de diamants qu'on commençait à tailler, de sautoirs, de pierres fines, etc. Ainsi elle développa chez lui cette faculté de vouloir, émoussée par le malheur, et que les échecs et les insuccès semblaient avoir à tout jamais stérilisée.

Plus tard, parce qu'elle avait été pour lui la première belle victoire, il entrevit la possibilité d'une consécration de l'effort : il eut, pour la première fois peut-être, l'intuition d'un succès possible. Elle fut le doux visage en qui se transfigura pour lui l'image de sa destinée : d'une destinée nouvelle, heureuse et souriante, sous laquelle s'effaça peu à peu la vision terrible de celle, si tragique et si rude, qui l'avait jusque-là meurtri.

Autour de ce vieillard précoce, elle groupe quantité de jeunes gens d'armes et gentils compagnons dont le roi était bien servi. Elle appelle à la cour de jeunes seigneurs peu aptes à cérémonie, et plus ardents à combattre que vieils gens rabougris ou perclus, suscitant ainsi le réveil de son émulation.

Elle fait appel à toutes les impressions capables de tirer son intelligence assoupie de la torpeur où elle s'enfonce. Elle le sait artiste, lettré, bon latiniste, encourageant les poètes, achetant volontiers des manuscrits. Elle l'entoure de peintres habiles, de musiciens, de poètes, de savants, de lettrés. Par ses soins, Thomas le Grec, Grégoire Tiphernus sont appelés en France.

Il y a eu là comme une thérapeutique raisonnée de la paresse, dont le premier terme a été de soustraire le roi à cette obsession : qu'il était incapable d'un triomphe, et de

lui montrer la joie de l'effort, la satisfaction que donne un succès conquis par la puissance de la volonté.

Puis, à cette obsession, elle a substitué une sorte d'entraînement sur une seule idée : une idée salutaire et féconde qu'elle s'est efforcée de rendre dominante : « *La pensée de France recouvrer* ».

A ce roi versatile et changeant, dont les amours fragiles avaient toujours été extraordinairement éphémères, elle s'attache avec une persévérance que rien ne lasse, une adresse que rien ne déjoue, sachant prolonger sa présence sans jamais être importune, resserrer l'intimité sans jamais laisser naître l'ennui. Elle le garda vingt ans, jusqu'à sa mort ! Et, lui parlant sans cesse de son royaume compromis elle éveilla peu à peu en lui l'idée d'une restauration qu'elle reprit constamment, comme revient un leit-motiv dans un drame Wagnerien. Elle finit par en faire accepter l'espoir, à force d'en affirmer la possibilité.

Puis, pour l'imposer peu à peu et lui donner la valeur d'une suggestion, nous la voyons l'embellir de toutes les séductions dont il était possible de l'orner, comme elle-même s'était parée de toutes les ressources de la coquetterie, pour mettre en valeur sa jeunesse et sa beauté.

Charles VII était bon et généreux. Au plus fort de sa détresse, il recueille sa sœur naturelle, une fille que Charles VI avait eue avec Odette : il la dote et lui donne un mari. On le voit sans cesse distribuer aux champions, aux rejetons du trône ce que reconquérait sur l'ennemi la monarchie triomphante. Dès qu'il fut assez riche pour payer sa gloire, il en fit bellement les frais. Il aimait à donner.

Elle s'adresse à ces deux sentiments, lui montre la grandeur, la noblesse de la tâche, en même temps qu'elle lui dépeint les angoisses, la pauvreté, la sordide misère, le cruel abandon de ce pauvre peuple de France en faveur duquel elle s'efforce de susciter un peu de pitié, d'amour et de protection.

Enfin, lorsqu'elle sent son idée chère, que le roi l'aime comme il l'avait elle-même désirée autrefois, elle éveille sa jalousie, lui montre le roi d'Angleterre s'emparant peu

à peu de ce royaume qu'il serait si glorieux pour lui de reconquérir. Elle achève de le pousser à bout, en mettant sa propre possession dans la balance, en érigeant cet adversaire en face de lui comme un rival auquel elle est prête à ouvrir les bras, si persiste le cours de ses victoires.

La scène vaut qu'on y insiste. C'est vraiment ici la suggestion telle qu'on la concevait au moyen âge.

Charles VII regardait l'astrologie comme une science. Plusieurs astrologues vivaient à ses dépens. Il croyait à la divination par les astres. Qui n'y croyait pas au XVe siècle ? Il n'y avait pas un prince qui n'ait quelque tireur d'horoscope, faiseur d'almanachs, ou tout autre bonnet pointu lisant dans le ciel l'annonce des guerres et des révolutions. Agnès Sorel n'eut garde de négliger de pareils auxiliaires. Fit-elle venir un astrologue dont elle s'assura, par avance, la complicité ? Est-ce Charles VII qui le consulta devant elle, et sa présence d'esprit lui suggéra-t-elle la décisive réplique, ou bien le conte est-il tout entier de son invention, comme le dit Brantôme ? Il importe peu. L'impression fut telle, qu'elle triompha des dernières hésitations du roi.

Laissons ici la parole à Brantôme (1).

« *Et certes, encore qu'il y ait beaucoup d'hommes vaillants de leur nature, les dames les y poussent encore davantage ; et, s'ils sont las et froids, elles les esmeuvent et eschauffent. Nous en avons un très bel exemble de la belle Agnès, laquelle, voyant le roi Charles VII enamouraché d'elle et ne se soucier que de lui faire l'amour, et, mol et lasche, ne tenir compte de son royaume, luy dit un jour que, lorsqu'elle estait encore jeune fille, un astrologue lui avait prédit qu'elle serait aimée et servie de l'un des plus vaillants et courageux roys de la chrestienté ; que, quand le Roy lui fit cet honneur de l'aismer, elle pensait que ce fut ce roi valeureux qui luy esté prédit ; mais le voyant si mol, avec si peu de soins de ses affaires, elle voyait bien qu'elle estait trompée, et que ce roy si courâgeux n'était pas luy, mais le roi d'Angleterre, qui faisoit de si belles*

(1) BRANTÔME. Vie des dames galantes, tome IX, page 393, Renouard, Édition de 1876.

armes et lui prenait tant de villes à sa barbe ; « Donc, dit-elle au Roy, je m'en vais le trouver, car c'est celuy duquel entendait l'astrologue. » Ces paroles piquèrenl si fort le cœur du roi, qu'il se mit à plorer ; et de là en avant, prenant courage et quittant sa chasse et ses jardins, prit le frein aux dents, si bien que par son bonheur et vaillance, chassa les Anglais de son royaume. »

De fait, la suggestion semble définitive. C'en est fait du roi de Bourges. Le roi de France se lève. Chaque année, pour ainsi dire, va marquer un glorieux succès.

En 1433, il chasse La Trémoille et inaugure le règne des ministres habiles et des sages conseillers. En 1434, Paris redevient français. En 1435, le roi commence les négociations qui doivent amener sa réconciliation avec le duc de Bourgogne. Il éloigne de lui tous les aventuriers, chefs des grandes Compagnies qui n'étaient que turbulence et désordre et fait rentrer tous les grands vassaux dans la suzeraineté de la monarchie. La même année, est signé le traité d'Arras où le duc de Bourgogne reconnaît Charles VII pour son roi. En 1437, il combat lui-même à la prise de Montereau, monte à l'assaut par les échelles, entre dans la place l'arme au poing. En 1439, il régularise par une loi l'entretien des forces militaires et donne aux serviteurs armés ce qui ennoblit le soldat « *un drapeau, une patrie* ». En 1440, il réduit la Praguerie. En 1441, il déploie devant Pontoise le courage et la vigueur qu'il avait montrés à Montereau. C'est qu'Agnès est venue elle-même sous la tente du roi réveiller son énergie ; et son armée qui n'osait autrefois combattre les Anglais en plaine, les force maintenant à l'assaut. En 1443, nouvelle Praguerie, nouvelle victoire. Enfin, cette période héroïque se termine par l'événement le plus important du règne : l'Angleterre implore la paix et signe une trêve en 1444.

Durant toutes ces années, et jusqu'en 1449, l'influence d'Agnès Sorel ne cesse de s'exercer. C'est elle, intermédiaire et caution des négociations avec le duc de Bourgogne, qui efface de son cœur le souvenir terrible du pont de Montereau. C'est elle qui met au service du roi l'immense fortune de Jacques Cœur et obtient de lui de lourdes avances, jusqu'à

10 millions, les ressources nécessaires pour poursuivre la guerre contre les Anglais et recouvrer la Normandie.

Son influence paraît avoir été celle d'une Egérie mystérieuse, dont les inspirations évitant toujours de s'imposer tyranniquement, laissaient au pouvoir l'illusion de son initiative et de son indépendance. Son ascendant, dont le prétexte fut d'abord les mille petits riens de l'intimité, grandit peu à peu et s'étendit sans réserve ni limite, jusqu'à peser sur les décisions les plus graves. Elle maintint Charles VII sous le charme d'une sorte de culte et d'adoration.

Elle a enveloppé de grâce et de séduction ce pauvre roi si différent d'elle-même, que le malheur avait isolé jusque-là, et sur le berceau duquel pas un sourire ne s'était penché. Elle sut attiser sous le lit de cendres qui l'ensevelissait, le feu de cette intelligence sans cesse défaillante, pleine de lacunes, passionnée pourtant, mais dont aucun souffle n'avait fait jaillir la flamme. Elle mit au front de ce désabusé les premiers rayons d'enthousiasme.

Sortie de ses bras, elle semblait, pour tout son entourage, veiller sur lui comme aurait fait un parent dévoué, un conseiller prudent, un ami sage et désintéressé. L'ayant conquis par sa douceur et par sa beauté, elle maintint son empire par le prestige de son intelligence et de sa raison.

C'est cette politique habile qui, sans doute, endormit les scrupules de la reine, de l'épouse légitime. Elle semble avoir accepté près d'elle et sans protestation la maîtresse que sa propre mère avait choisie pour son mari. Rien ne fait penser qu'elle en ait ressenti une bien vive souffrance, ni qu'elle ait éprouvé pour Agnès Sorel un sentiment d'aversion. D'autres raisons expliquent sa passivité. Dès le 14 décembre 1410, elle avait été fiancée à celui qui devait être plus tard Charles VII. Il s'appelait alors le Comte de Ponthieu. Tous deux avaient 7 ans. Le mariage eut lieu trois ans plus tard. De ces hâtifs rapprochements naquit sans doute, pour les deux conjoints, une satiété précoce. Et, lorsqu'on la couronna, Marie d'Anjou dut sentir la tristesse d'une cérémonie

sanctionnant la soumission d'une reine à son souverain, plutôt qu'elle n'éprouva cette joie, fierté de toutes les femmes, de sentir consacrer l'empire qu'elle exerçait sur son mari. Songeant peut-être à Griselidis, elle trouva dans la majesté, dans la toute-puissance du roi, des excuses aux fautes du mari.

Sur le buste du Louvre, seul fragment conservé de la statue funéraire qui ornait son tombeau à Saint-Denis, on lit la passivité et la résignation de cette figure, qui ne fut pas sans grandeur. Dans ses voiles qui lui font un cadre d'austérité, le visage sérieux est tout imprégné de mysticisme. On dirait une vision de cloître. C'est en effet dans son humilité chrétienne qu'elle puisa les ressources de sa pieuse abnégation. Si elle n'eut pas, dans les moments tragiques que connut la royauté, ces élans d'énergie, cette flamme d'activité, ce génie fécond qui sauvent les dynasties chancelantes, du moins trouva-t-elle dans la religion la modestie avec laquelle elle subit les amères déconvenues de l'ambition, la résignation qu'elle sut opposer aux revers de la fortune, le courage qu'elle montra devant les incertitudes de l'avenir, et la force morale qui la fit se raidir devant les angoisses de la pauvreté.

Sans hauteur, sans murmures, sans défaillance, elle fit taire ses susceptibilités d'épouse. « *C'est mon seigneur, disait-elle en parlant de Charles VII. Il a droit sur toutes mes actions, et moi sur aucune.* »

C'était donc avec la passive complicité de la reine que Charles VII subissait l'influence de la douce maîtresse que sa belle-mère avait eu l'idée de lier aux destinées de la France, et aux intérêts de la maison d'Anjou-Lorraine.

L'influence d'Agnès Sorel a-t-elle été instantanée ? Evidemment non. Elle fut préparée peut-être par la nécessité « autre conseillère moins belle, mais éloquente aussi et non moins puissante ». Elle le fut encore par le bon sens de Jeanne d'Arc. A travers ses enthousiasmes, cette fille du peuple avait démêlé ce que les politiques et les

conseillers du roi n'avaient pas su voir. Jusqu'à l'arrivée de Jeanne, Charles VII lutta contre le doute qui viciait en sa personne et jusque dans les replis de sa conscience, la religion de la légitimité dynastique. Ce fils d'Isabeau de Bavière se contristait à l'idée que, peut-être, un sang royal ne coulait pas dans ses veines ; et, torturé par les doutes que lui inspirait sa naissance, il eut des heures où il songea à renoncer à son royaume comme à un bien usurpé. Dans la grande salle où le roi reçut Jeanne d'Arc à Chinon, il la tira à part et, dans un entretien au cours duquel il la questionna longuement, elle lui dit : « *Je te dis de la part de Messire que tu es le vrai héritier de France, et fils de roi.* »

Dans cette conscience agitée par le malheur, traversée par des scrupules qui grandissaient à chaque nouveau revers, semblant lui montrer que l'injustice de sa cause écartait fatalement de lui toute intervention de Dieu, cette révélation d'un secret connu de lui seul et qu'elle disait tenir du ciel, fit resplendir son visage de joie. Elle fut le premier rayon vivifiant qui l'éclaira sur son indolence. Son esprit put raisonner sur l'état de son royaume sans être constamment obsédé par le doute de la légitimité de son trône. Mais l'esprit ne fait qu'argumenter. C'est le cœur qui décide et se détermine par passion. Cette lueur d'intelligence et de volonté que Jeanne d'Arc venait d'allumer en s'adressant à sa raison, Agnès Sorel l'entretint pendant vingt ans au cœur de Charles VII, par la suggestion de son amour et de sa beauté. Elle suscita peu à peu en lui des ressources d'activité et d'énergie qu'aucune autre force n'avait jusqu'alors éveillées. Agnès Sorel domine toute la psychologie de Charles VII. Jeanne d'Arc n'y joua qu'un rôle épisodique. Son action fut surtout décisive sur la chevalerie de l'époque. Jeanne d'Arc et Dunois entraînèrent derrière leur étendard et leur épée les chefs des grandes compagnies et toute l'armée. L'éducation de l'intelligence et de la volonté de Charles VII fut l'œuvre d'Agnès Sorel. Plus tard, elle fut la main adroite et câline qui prépara l'alliance des grands vassaux, et surtout du plus puissant d'entre eux, du duc de Bourgogne.

C'est ce que voulait dire sans doute François Ier un jour que, sollicité de tracer quelques mots au-dessous d'un portrait au crayon d'Agnès, il écrivit :

> Gentille Agnès, plus d'honneur tu mérites
> La cause étant, de France recouvrer
> Que ce que peut dedans un cloître ouvrer
> Close nonain, ou bien dévot ermite.

A la mort d'Agnès Sorel, Charles VII manifesta des regrets éclatants et probablement sincères. Peut-être ses larmes coulèrent sur le magnifique mausolée qu'à Jumièges il avait fait élever à sa mémoire. Mais la précieuse influence n'eut pas plus longue durée que l'éclatante beauté de la douce et intelligente maîtresse. L'une procédait bien de la suggestion de l'autre : car les yeux d'Agnès Sorel sont à peine fermés, que le roi retourne à sa vie de paresse, de plaisir et de débauche.

C'est aussi après sa mort que le roi et la reine qui, jusque-là, sans qu'il existât entre eux grande intimité, avaient résidé ensemble, se séparent. Marie d'Anjou se fixe au château de Chinon ; et, quand quelques années plus tard elle rejoint Charles VII à Melun, elle fait tendre des tapisseries dans un galetas où elle va se loger « *pour sa plaisance et pour avoir meilleur air* ».

Dans les dernières années de sa vie, Agnès Sorel avait vu grandir l'influence de sa cousine, Antoinette de Maignelais. A sa mort, celle-ci, ambitieuse et jolie, grandit en faveur ; et si vite, qu'on eut dit une intrigue préparée de longue main, et que mène à point un incident prévu. Alors, tout un essaim de jeunes filles coquettes et de jolies femmes faciles entoure le roi, que l'âge, loin d'assagir, semble exciter chaque jour à de nouveaux dérèglements. En 1454, le scandale de ses mœurs est à son comble. Antoinette de Maignelais ne se contente plus du rôle de maîtresse. Elle descend aux plus basses fonctions. Tous les moyens lui sont bons pour peupler le sérail du roi.

« *Et le roy Charles septième*, dit Charles de Seyssel, *vesquit en sa vieillesse assez luxurieusement et trop charnellement,*

entre femmes mal renommées et mal vivants dont sa maison était pleine. »

Il existe dans la « Revue Archéologique » (1) un portrait de Charles VII à cette époque, reproduction d'une miniature conservée à Stuttgard. On y voit à quel degré de décrépitude était parvenu le roi dans les dernières années de sa vie.

Affaibli par l'âge, il abandonne Paris pour se réfugier dans ses châteaux de Touraine. Ses idées mélancoliques reparurent. Dans la crainte d'être empoisonné, il refuse toute nourriture. Il meurt si délaissé que, seul, Dunois assiste à ses funérailles. Tous se préoccupent du nouveau règne. La France entière, qui l'a oublié, a déjà les yeux fixés sur le Dauphin, sur celui qui va s'appeler Louis XI !

Il manqua, dans ses dernières années, à ce monarque qui avait tant aimé le commerce des femmes, la puissante reine et les douces créatures, quelques-unes visions de rêve ou fées secourables qui, pendant toute une période, entourèrent sa vie : Yolande de Lorraine, Marie d'Anjou, Jeanne d'Arc, Agnès Sorel.

Tant il est vrai que Fontenelle, ce normand, avait raison de dire : « Combien la France ne doit-elle pas aux femmes, et à combien de galanteries les habitants de ce pays ne sont-ils pas obligés, ne fut-ce que par reconnaissance. »

---

(1) *Revue Archéologique*, tome XV, page 855.

NEUROLOGIE

Les bases et la pratique de la Gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psycho-motrice

par M. G. PAUL-BONCOUR.

I. Considérations générales.

Dans l'arsenal thérapeutique et éducatif qui constitue le traitement médico-pédagogique des enfants anormaux, la gymnastique occupe une place importante, et dans la plupart des établissements consacrés à l'éducation de ces enfants, on lui fait jouer et avec raison un rôle prépondérant.

Mais je me demande si l'aide puissante susceptible d'être fournie par la gymnastique atteint toujours son ampleur ?

J'ai fait personnellement, aussi bien en France qu'à l'étranger, de nombreuses constatations, et je me suis aperçu que très souvent on procède à l'éducation des mouvements avec plus d'empirisme que de méthode. Je me suis aperçu aussi (et

c'est là le plus gros reproche que je fais aux éducateurs d'anormaux) que la méthode n'est pas poussée assez loin en ce qui concerne plus spécialement la cure du trouble mental.

La gymnastique communément utilisée donne des résultats hygiéniques, mais me paraît n'exercer qu'une influence bien légère sur l'amélioration de l'état mental. A aucun titre, elle ne saurait prétendre au qualificatif d'*orthophrénique.*

La gymnastique orthophrénique, en effet, tout en s'attachant à l'éducation du sens musculaire, fait aussi appel aux autres sens (la vue et l'audition), et lorsqu'on en voit l'application, il apparaît que les facultés intellectuelles sont constamment mises à contribution.

Tout automatisme étant sévèrement banni, l'attention, la mémoire sous toutes ses formes, l'imagination motrice, le jugement, etc... sont continuellement en activité : pour obéir aux commandements, pour se conformer aux diversités du rythme, pour éviter l'imitation inconsciente, pour dissocier des mouvements réglés par l'habitude, pour déterminer la quantité d'influx nécessaire, pour régler le choix des muscles, les différentes facultés intellectuelles sont forcément en éveil.

Un caractère particulièrement important de la gymnastique orthophrénique est donc *l'absence d'automatisme* qui la distingue des autres gymnastiques.

Dans les exercices d'ensemble qui, fréquemment, sont exclusivement utilisés, et que j'emploie d'ailleurs à un point de vue hygiénique et fortifiant, chacun peut remarquer avec quelle facilité les mouvements des déficients et des déséquilibrés psychiques versent dans l'habitude et deviennent automatiques.

Disons en passant combien est amusante la satisfaction naïve de certains maîtres qui font exécuter à leurs écoliers anormaux des mouvements d'ensemble d'une façon impeccable ! Ils oublient qu'il est impossible de hâter l'évolution mentale à l'aide de ce procédé, et que dès lors qu'un mouvement est devenu habituel et automatique, il ne réclame plus aucun

effort ou de volonté, ou de mémoire, ou d'attention. Or, c'est précisément la mise en jeu de ces facultés qui est le but de toute éducation spéciale.

Seule, la gymnastique orthophrénique est capable de maintenir l'attention, grâce à un maximum d'intérêt, grâce à la variété et à la combinaison des mouvements, alors que la monotone régularité du rythme et des exercices est totalement incapable de donner ce résultat.

Ayant été à même de faire des observations et de pratiquer des expériences sur cette question, il n'est peut-être pas inutile que j'expose quelques résultats.

Il suffit de parcourir les traités relatifs à l'éducation des anormaux pour être convaincu que si l'on vante les bienfaits de la gymnastique et si l'on reconnaît son action sur le cerveau, on ne donne que rarement des détails sur l'application et la technique de cette méthode.

Bien plus, quels que soient les mouvements employés, que l'on ait recours à la gymnastique suédoise, eurythmique ou éclectique, toujours la méthode est appliquée indistinctement à tous les types d'anomalies mentales, sans tenir compte de ses effets physiologiques, des réactions individuelles, ou de la capacité d'énergie de chaque écolier. On chercherait en vain, dans ces écrits, des notions sur la durée d'un mouvement, sur sa forme, sur sa vitesse : c'est l'empirisme qui règle tout !

II. Les bases de la gymnastique orthophrénique.

Dans cette communication, j'envisagerai plus particulièrement l'éducation des instables, en raison de l'importance qu'il y a à leur faire acquérir la discipline et la coordination de leurs mouvements. Chez ces sujets, le déséquilibre moteur accompagne peu ou prou le déséquilibre mental : l'intensité peut être plus ou moins marquée, parfois l'éréthisme psychomoteur peut devenir de l'agitation psycho-motrice : parfois le déséquilibre est léger et fruste.

En tout cas, il est facile de s'en rendre compte : tantôt on relèvera, grâce aux moyens cliniques recommandés par

Dupré, de la débilité motrice ; tantôt la maladresse de l'élève au cours des exercices destinés à faire l'éducation de la main, dénotera une légère imperfection du système moteur. En s'informant de toutes les manifestations anormales apparues au cours de la vie de l'enfant, on apprendra que les coordinations musculaires héréditaires (action de têter par exemple) ont été défectueuses, qu'il a marché ou parlé tard, etc... Cette instabilité motrice peut être considérée comme la persistance d'un état infantile (1). Chez un enfant de 2 ou 3 ans, une mobilité physique même considérable n'étonne pas, car on sait qu'au cours de la croissance apparaîtra un pouvoir inhibiteur qui la tempèrera.

Si celui-ci ne s'acquiert pas, ou s'acquiert incomplètement, on est en droit de parler d'un retard de la fonction kinétique coexistant avec l'évolution incomplète de la mentalité.

Cette dernière est également imparfaite, ai-je dit : parfois, j'ai relevé une légère arriération à l'aide des tests psychiques avec lesquels j'essaie d'évaluer le niveau mental de mes élèves ; mais le plus souvent, ces tests ne donnent aucun résultat, car il faut bien savoir que ce qui est touché chez un instable, c'est surtout le caractère. Comme jusqu'ici la psychologie ne nous a pas donné le moyen de fixer, même d'une façon approximative, le caractère à un âge déterminé, contentons-nous de le constater cliniquement.

De tout cela, il résulte qu'il y a coexistence d'une mobilité anormale dans l'esprit et dans le mouvement : or, comme nos opérations mentales ont un substrat physiologique, et comme la perfection du sens musculaire est des plus utiles à la formation de l'intelligence (si bien que certains psychologues et des meilleurs n'hésitent pas à affirmer qu'il y a des attitudes musculaires à la base de toutes nos activités intellectuelles et que les mouvements qui les accompagnent

(1) A ce même Congrès, Meige a fort heureusement attribué le nom d'infantilisme moteur à certains de ces états, et André Collin a donné des exemples de résistance à la fatigue, en rapport avec un retard de l'évolution nerveuse de l'enfant.

en sont la condition essentielle), il est naturel de calmer l'éréthisme musculaire, de discipliner et de régulariser les mouvements. Et de fait, l'expérience démontre qu'en agissant sur le motilité on obtient la fixation de l'attention et le calme du caractère.

Au point de vue psychogénétique, l'augmentation des possibilités musculaires marche parallèlement au perfectionnement mental.

Le but de la gymnastique orthophrénique étant d'exercer cette influence, je vais d'abord tracer le caractère des trois séries principales des mouvements qui la composent, puis j'exposerai sommairement les règles dont on doit tenir compte pour l'application de ces mouvements. Mais je m'en voudrais, avant d'entrer dans ces détails, de ne pas dire ici le précieux concours que j'ai trouvé dans la collaboration éclairée de M. Boyer, directeur pédagogique de mon Institut de Vitry : il est entré dans mes vues en sachant appliquer la méthode dans sa perfection technique, et donner aux exercices la forme attrayante que je considère comme une qualité essentielle et sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

C'est lui qui, par des expériences quotidiennes, a réussi à mettre au point les séries de mouvements et à en établir la gradation.

III. Description sommaire des mouvements.

A) Mouvements collectifs à types et à rythmes changeants. — Cette série comprend des exercices exécutés par tout un groupe d'élèves : ils sont d'autant plus faciles qu'ils laissent subsister l'imitation involontaire, tous les enfants accomplissant simultanément le même mouvement ; mais peu à peu on les fait sortir de cet automatisme en introduisant des changements nombreux, de manière à tenir toujours en éveil leur attention sous ses trois formes principales (visuelle, auditive, motrice).

Pour des raisons que j'exposerai ultérieurement, le piano, le métronome, des commandements par la parole, et par des gestes expressifs doivent accompagner ces exercices. Par

exemple : un mouvement quelconque étant commandé, le piano accompagnateur marque une cadence, successivement traînante et accélérée, et ces alternances ont lieu tantôt progressivement, tantôt brusquement (attention auditive et motrice). Les enfants sont ainsi obligés de se tenir continuellement sur la défensive pour ne pas se distinguer de leurs camarades.

Il faut ménager ces alternances de mouvements et d'arrêts, et la durée de ces mouvements et de ces arrêts est tantôt égale, tantôt différente. Des gestes convenus, un coup de sifflet plus ou moins prolongé, des signes écrits, empruntés à la notation musicale (des rondes, des blanches pointées, des blanches et des noires pour les mouvements : des pauses, des demi-pauses pointées, des demi-pauses, des soupirs, pour les arrêts), indiquent au cours même des exercices la durée respective de ces mouvements et de ces arrêts, durée qui est modifiée sans cesse (attention visuelle).

Quelquefois, un coup de sifflet arrête brusquement un exercice, qui est repris, sur un second coup de sifflet, au point même où il avait été suspendu.

Le piano passe d'un mouvement rapide de polka à un mouvement de valse lente, et les élèves doivent aussitôt interrompre un exercice saccadé pour passer à un mouvement ondulant et réciproquement. Si le piano s'arrête, le groupe doit également s'arrêter, ou bien sur l'ordre du maître, continuer l'exercice en conservant rigoureusement le rythme initial.

On peut aussi placer à tour de rôle, en avant d'une colonne, un élève exécutant au gré de son imagination des mouvements variés que les autres élèves doivent imiter de mémoire (mémoire et imagination motrice).

Dans la marche au pas, le temps fort doit être marqué tantôt par le pied gauche, tantôt par le pied droit. En plein exercice, l'appel « changez » suffit pour tout renouveler.

On pourrait allonger démesurément la liste de ces mouvements collectifs.

Je souligne la nécessité de faire interrompre fréquemment les mouvements quels qu'ils soient, et de réclamer des enfants

une immobilité complète. On veillera tout d'abord à ne demander qu'une immobilité de courte durée, proportionnée à la capacité de l'enfant, et progressivement on prolongera les périodes d'immobilisation.

B. — Mouvements collectifs opposés ou contrariés. — Les enfants accomplissent des mouvements différents selon qu'ils occupent un rang pair ou impair, ou qu'ils ne font pas partie du même groupe. Ces mouvements se compliquent à volonté en faisant intervenir la marche en avant, la marche en arrière, les pas de côté, etc...

On peut arriver insensiblement à faire se croiser les groupes et à leur faire exécuter les mouvements face à face, de manière à ce que chaque sujet donne un effort réel pour s'affranchir de l'imitation involontaire : il est aussi souvent possible de mesurer la puissance d'attention ou volition de chacun en chronométrant le temps durant lequel tel ou tel sujet peut lutter contre la contagion de l'exemple.

C. — Mouvements asymétriques et dissociés. — Ces mouvements sont les moins commodes à obtenir ; ils tendent à créer ou à développer l'indépendance des membres en faisant, par exemple, exécuter au bras droit un mouvement avec flexion, tandis que le bras gauche doit exécuter un mouvement en extension ; ou bien encore, si les membres supérieurs font des projections antérieures, les membres inférieurs en font de latérales ; ou bien (et ceci est plus difficile) un des bras fait un mouvement circulaire, tandis que l'autre bat le mesure à deux temps puis à quatre.

Pour exécuter ces derniers mouvements, ou même pour essayer de les exécuter, l'attention doit être concentrée de manière à coordonner certains groupes musculaires et à en inhiber d'autres ; autrement dit, un effort de volonté raisonnée est absolument nécessaire.

Etant donné la réelle difficulté de ces exercices, il est rigoureusement utile de procéder méthodiquement et de suivre avec scrupule une gradation prudente. Il est capital que chaque nouveau mouvement soit en relation avec le mouvement qui l'a précédé et l'a préparé pour ainsi dire.

En demandant un effort, n'oublions pas qu'il doit être proportionné à l'intelligence de chacun et que nous avons affaire à des mentalités perturbées. C'est pour faciliter l'exécution de ces mouvements asymétriques qu'on distinguera :

1° *Les mouvements asymétriques collectifs.* — Tout le groupe fait le même exercice asymétrique, ce qui est plus facile d'exécution puisqu'on peût introduire un ou deux enfants qui servent de moniteurs.

2° *Les mouvements asymétriques individuels.* — Chaque enfant exécute un mouvement asymétrique différent de celui de son voisin.

IV. — Règles de la gymnastique orthophrénique.

Tels sont, d'une façon générale, les mouvements. Voyons maintenant quelques préceptes réglant leur exécution.

Tout d'abord, comme première qualité, n'oublions pas *qu'ils doivent toujours être attrayants* et présentés comme un jeu.

D'après l'énoncé de tous ces exercices, on pourrait peut-être m'objecter d'une part, que pour qu'ils soient pratiqués convenablement, il faut réclamer de l'élève un effort qu'il est incapable de fournir, et d'autre part, que ces exercices sont susceptibles d'ennuyer des enfants et plus spécialement des enfants instables.

L'expérience prouve le contraire.

Tout exercice nécessitant un mouvement est un plaisir pour un enfant atteint d'éréthisme psycho-moteur, et la gymnastique orthophrénique bien appliquée répond à une tendance instinctive de l'enfant : ce fait est de toute évidence dans la pratique.

J'ai rencontré des sujets dont il était impossible de fixer l'attention, et qui ont fait, au cours de cette gymnastique, des efforts de volonté remarquables, à tel point qu'au début cela provoquait des phénomènes de fatigue. Toute cette éducation des muscles, qui met d'ailleurs à contribution les autres sens, correspond à cette éducation attrayante vantée à juste titre par Claparède, qui fait remarquer que la nature

a créé chez l'enfant des besoins, des désirs en rapport avec les nécessités de développement, et que tout ce qui est susceptible de satisfaire ces tendances présente un attrait tout particulier. Or, ces exercices constamment variés, combinés et rendus amusants, appropriés à la mentalité et au caractère, ne conviennent-ils pas essentiellement à ces déséquilibrés psycho-moteurs ?

Puisque chez l'enfant en bas âge on utilise l'activité motrice pour hâter l'évolution psychique, n'est-il pas logique de traiter l'instable, malgré son âge, comme un enfant plus jeune en agissant sur ses centres nerveux, par l'intermédiaire des mouvements ?

Pour faciliter aux enfants l'acquisition des mouvements, et rendre l'effort moins intense, *il est bon d'utiliser le rythme sonore.* Certes, lorsque le moment sera venu, on pourra apprendre aux enfants à se soustraire à la suggestion de ce rythme, et à s'efforcer d'agir contrairement à lui, mais au début, la musique est très utile en gymnastique, car les élèves sont surtout des auditifs. Tout ce qui s'adresse à l'oreille les intéresse, aussi obtient-on plus d'attention parce que plus d'intérêt.

La musique permet de prolonger les séances, mais si elle fait oublier la fatigue, elle n'en recule par les limites.

Un mouvement quelconque peut, sans arrêt, être poursuivi 17 à 18 minutes sans défaillance d'attention lorsqu'il est accompagné de piano, mais le dynamomètre accuse une plus forte fatigue qu'après un mouvement sans musique d'une durée de dix minutes.

Avec l'esthésiomètre, on fait les mêmes remarques : d'autres tests confirment ces résultats.

Le tambour n'est utilisable que dans la marche et dans les exercices pyrrhiques. Dans les mouvements des bras, la monotonie des coups de baguette ou du métronome ne maintient l'attention que quelques minutes (13 à 15). En somme, il est incontestable que la musique permet de faire oublier plus longtemps la fatigue.

Remarquons enfin que cette même fatigue se révèle dans

les travaux intellectuels faits après une séance de gymnastique : ce qui montre bien que la fatigue est une, et ne peut être partielle. Un repos de 5 à 10 minutes suffit pour remettre les choses en état. Avec les instables, il serait illogique de tenter de faire disparaître la fatigue en changeant d'exercice ; en agissant ainsi, c'est-à-dire en provoquant une autre fatigue, on va à l'encontre du but. Le repos seul s'impose.

Pratiquement, les exercices doivent être *soigneusement dosés et gradués de façon à ne pas créer une fatigue* qui entraverait l'application de l'élève à d'autres occupations. Puisque les exercices au piano ont une action dynamogène sur l'attention, j'ai l'habitude de ne pas les faire prolonger plus de trois minutes : de plus, je les sépare les uns des autres par des suspensions de durée variable, courtes au début de la séance, et de plus en plus prolongées par la suite.

Il est bon *de varier les exercices* et de mélanger les mouvements de gymnastique ordinaire moins fatigants à ceux de la gymnastique orthophrénique.

A l'Institut médico-pédagogique, nous faisons volontiers des séances de gymnastique d'une durée totale de trente minutes.

Voici, à titre d'indication, le type d'une de nos séances :

I. — *Exercices de respiration.*

Durée : 60 sec.	*a*.	Par effacement des épaules relèvement sur la pointe des pieds.
— 20 —		Repos.
— 60 —	*b*.	Par élévation et écartement des bras.
— 20 —		Repos.
— 60 —	*c*.	Par flexion des jarrets.
— 40 —		Repos.

II. — *Exercices de gymnastique orthophrénique.*

Durée : 160 sec.	*a*.	Mouvements asymétriques contrariés en décomcomposant (rondes).
— 50 —		Repos.
— 40 —	*b*.	Le même mouvement précipité. (noires).
— 50 —		Repos.

III.

Durée :	220 sec.	*a.*	Mouvement vertical des bras avec barre d'entraînement (rondes).
—	60 —		Repos.
—	40 —	*d'*	Le même mouvement en noires.
—	60 .—		Repos.
—	220 —	*b.*	Mouvement vertical des bras sans barre d'entraînement (rondes).
—	60 —		Repos.
—	40 —	*b'*	Le même mouvement en croches.
—	60 —		Repos.
—	160 —	*c.*	Mouvement latéral des bras (la main libre) alternant avec la flexion des jarrets (en blanches)
—	60 —		Repos.
—	160 —	*d.*	Marche sur place les mains sur les hanches (noires).
—	60 —		Repos.

IV. — *Exercices de respiration.*

Durée : 60 sec. Marche cadencée.
Total : 1.820 secondes, soit une demi heure.

Je crois avoir suffisamment insisté sur la nécessité *d'éviter l'automatisme* pour ne pas y revenir à nouveau.

Que l'éducateur d'anormaux, mettant toute coquetterie de côté, ne recherche pas avec opiniâtreré la perfection des mouvements ; surtout, qu'il n'essaie pas d'étonner les visiteurs venant assister aux leçons en leur présentant des élèves possédant impertubablement des mouvements soigneusement préparés !

L'effort musculaire, base de l'effort volontaire, condition physiologique de l'attention, doit être constamment recherché : on n'y parvient qu'en réclamant des attitudes non habituelles, qu'en provoquant des mouvements perpétuellement variés et logiquement compliqués : ce sont là des qualités essentielles de la gymnastique orthophrénique.

Comme de juste, les leçons doivent être *adaptées à l'état intellectuel et aux possibilités musculaires de chacun.* Bien que n'ayant en vue que l'instabilité mentale, n'oublions pas que

celle-ci peut s'accompagner d'imperfection ou de débilité psychiques plus ou moins marquées ; par ailleurs, il faut aussi tenir compte de l'incoordination motrice et de la mobilité physique de l'enfant. C'est pourquoi j'ai indiqué qu'il y avait dans chaque série de mouvements une gradation à suivre. En outre, pour les moins intelligents et pour ceux qui sont atteints de débilité motrice, il est recommandé d'user de la barre d'entraînement qui rend des services signalés en procurant l'image motrice d'un mouvement et en imposant passivement des coordinations musculaires. Des moniteurs placés aux extrémités de la barre entraînent les débiles moteurs situés au centre.

Aussitôt que cela est possible, la barre doit être abandonnée pour aborder la série des exercices orthophréniques proprement dits.

Je signale pour terminer quelques faits basés sur de nombreuses observations ou expériences, démontrant *la nécessité d'individualiser* ce moyen d'action physiothérapique comme on doit individualiser les méthodes d'enseignement.

L'asthénique a besoin de faire des mouvements lents d'abord pour les précipiter progressivement, mais il faut arrêter brusquement le mouvement en cours lorsqu'il est arrivé à son maximum de vitesse. Fréquemment, chez les asthéniques, on doit prolonger les exercices orthophréniques au-delà de trois minutes. J'ai remarqué, en effet, que c'est après ce laps de temps que le mouvement devient utile.

Très souvent, la fatigue se traduit chez l'asthénique par l'attitude en demi-flexion des jambes et un affaissement du tronc : elle survient après un délai variable.

Au contraire, avec l'excité, l'instable, le remuant, l'énervé, on débutera par des mouvements rapides, qui graduellement ralentis aboutiront à l'immobilité complète que l'on fera maintenir pendant 30 secondes.

Entre ces deux types extrêmes, il y a des cas intermédiaires, et le devoir d'un maître avisé est précisément d'en

tenir compte. Il y aurait sinon danger, du moins inutilité complète d'efforts, à ne pas s'inspirer de la nature, du tempérament et de l'état pathologique de chaque sujet : l'instable ne doit pas être exercé de la même façon que le déprimé : un tiqueur réclame quelques modifications à la règle générale : un instable atteint d'épilepsie ne peut pas être soumis aux exercices orthophréniques avec une régularité constante, etc....

On pourrait s'étonner que l'instable se fatigue généralement plus vite que l'arriéré tranquille, surtout si l'on admettait cette théorie qui veut que l'excitation psycho-motrice du premier soit un excès de force. N'a-t-on pas appliqué parfois aux instables l'épithète d'hypersthéniques ? Cela ne correspond ni à la réalité des faits, ni surtout aux expériences biologiques portant sur de vrais instables, et non sur des enfants actifs ou mal élevés.

L'hypersthénie ne peut pas être mise en opposition avec l'asthénie : celle-ci est une tare, la première est une qualité qu'il serait illogique d'attribuer à l'instable qui ne présente que de la faiblesse irritable.

C'est en raison de cette faiblesse dissimulée que l'instable se fatigue rapidement et en observant scientifiquement et méthodiquement, on aboutit fatalement à cette conclusion.

V. — Application de la méthode a certains subnormaux.

En résumé, la gymnastique orthophrénique donne des résultats, à la condition d'être appliquée avec clairvoyance et d'être soumise aux principes d'individualisation qui règlent l'éducation spéciale des enfants anormaux, ou simplement nerveux. J'ajoute ce dernier qualificatif, tenant à faire observer que la méthode que j'étudie est applicable et a été appliquée avec succès à des élèves qui, tout en n'étant pas des anormaux proprement dits, sont cependant mal équilibrés.

Dans nos écoles et dans nos lycées, existent quelques enfants qu'on classe étourdiment parmi les indisciplinés ou

les paresseux, sans qu'on se soit rendu compte que leur inadaptation scolaire est pathologique. Certes, leur état morbide n'est pas très accentué, ce ne sont pas des anormaux typiques, ils sont sur la frontière de l'anomalie et nous avons d'ailleurs proposé, avec Philippe, de les désigner sous le nom de subnormaux (1) : quoi qu'il en soit, les moyens d'action applicables aux instables qualifiés leur conviennent également. Ce n'est pas dans les quartiers réservés aux enfants anormaux dans les établissements d'aliénés qu'on rencontrera cette catégorie de sujets : leur attitude et leur mentalité ne nécessitent pas un internement et surtout un internement dans un asile !

Au contraire, dans les maisons d'éducation où viennent les écoliers ayant besoin d'une pédagogie et de soins spéciaux, ce type n'est pas rare : je l'ai observé, et à l'Institut médico-pédagogique, et à l'école Théophile-Roussel, destinée à recevoir les élèves indisciplinés des écoles de la Ville de Paris.

Soumis à la gymnastique orthophrénique et aux soins pédagogiques ressortissant à leur caractère et à leur intelligence, ces enfants donnent des résultats parfaits qu'on serait coupable d'ignorer. Souhaitons donc que les médecins d'école sachent discerner ces subnormaux, pour les soustraire aux punitions, aux réprimandes et au renvoi, et pour inciter les familles et les maîtres à les traiter rationnellement et utilement.

---

(1) *Les anomalies mentales chez les écoliers.* Un volume de la bibliothèque de philosophie contemporaine, 2e Edition 1909, chez Alcan.

Note sur l'Hyperthyroïdisation expérimentale chez les jeunes Animaux

par M. C. PARHON et Mme Constance PARHON (de Bucarest).

L'étude de l'insuffisance thyroïdienne a montré la grande influence exercée par cette glande sur le développement de l'organisme. Mais si les travaux sur l'insuffisance thyroïdienne sont assez nombreux, il n'en est pas de même pour l'hyperthyroïdation expérimentale et pour ses effets sur le développement. Nous ne trouvons à citer à ce point de vue qu'un nombre très restreint de travaux, parmi lesquels il faut mentionner en premier lieu la communication de Moussu à la Société de Biologie (25 mars 1899).

Cet auteur ayant soumis des petits chats ou chiens provenant de la même portée au traitement thyroïdien, remarqua que ces animaux maigrissent, mais que leur croissance est plus rapide que celle des témoins, que leur corps s'allonge et s'aplatit, que leurs membres s'allongent aussi.

Les animaux traités sont plus hauts, plus longs, plus élevés, plus « levrettés » que les témoins et cet état contraste surtout avec celui des animaux éthyroïdés.

Les doses trop grandes (10 grammes pour des animaux de 1000 à 2000 grammes), sont mortelles. Si les animaux sont plus âgés et plus résistants, ils continuent à grandir, mais ils restent maigres et efflanqués malgré leur intense polyphagie.

Ces recherches concordent parfaitement avec le fait observé récemment par Holmgreen, que les jeunes basedowiens grandissent plus vite que les enfants normaux du même âge, fait que nous ne pouvons que confirmer.

Cerletti, dans deux notes présentées à la « R. accademia dei Lincei », dans les séances des 15 juillet et 5 août 1906,

s'est occupé de l'effet exercé par le suc hypophysaire sur la croissance.

A cette occasion, et en voulant comparer les effets du suc hypophysaire à celui des autres extraits organiques, il relate aussi le cas d'un chien (femelle) de 2.080 grammes ayant reçu pendant quelque temps des injections intra-péritonéales de suc thyroïdien. La dose employée fut de 30 centigrammes de glande thyroïde tous les trois jours. Cet animal resta plus petit comme poids et développement squelettique que le témoin.

Bircher (Arch. fur Klin Chirurg. Bd. 91 Hefl, 3) soumettant au traitement par des tablettes thyroïdiennes trois souris, dont l'une prenait une demi-tablette Kocher-Ducommun tous les deux jours, une autre un quart de tablette tous les deux jours, et la troisième la même dose tous les trois jours, observa un retard dans le développement pondéral et squelettique, avec ossification précoce du cartilage de conjugaison.

Nous avons entrepris à notre tour des recherches sur les effets de l'hyperthyroïdation chez des animaux en voie de développement (lapins, chats, poulets).

Nous donnerons ici nos premiers résultats en nous réservant le droit de continuer les recherches.

Expérience première. — Un poulet de 350 grammes est soumis, depuis le 24 juin 1910, au traitement thyroïdien. Il prit depuis cette date, tous les deux jours, une demi tablette Borroughs-Welcome (à 0,30 centigr. la tablette) avec quatre ou cinq jours de repos au mois d'octobre.

Nous n'avons mesuré la longueur des quelques segments des membres chez cet animal et chez le témoin (dont le poids initial était toujours de 350 grammes) que le 25 septembre. Nous avons trouvé alors pour les deux animaux 7 centimètres pour le pied et 5 centimètres pour le moyen orteil.

Le témoin succomba le 5 février. Nous avons sacrifié le même jour l'animal traité.

Le fémur et le tarso-métatarse étaient égaux en longueur. Malheureusement nous avons négligé de peser les os, de mesurer leur largeur et d'examiner les os des autres segments du corps.

Nous avons noté encore que les griffes de l'animal traité étaient plus minces et plus courtes que celles du témoin.

Nous avons pratiqué des coupes microscopiques des ovaires, du foie, du pancréas et de la rate de l'animal traité ainsi que du témoin.

En ce qui concerne les ovaires, les coupes au microtome de congélation colorées au rouge Scharlach pour les graisses, (coloration que nous considérons comme principale pour les ovaires, les testicules et l'écorce de la surrénale) ne laissent pas voir une différence sensible entre la glande de l'animal traité et celle du témoin.

On ne trouve non plus une différence évidente entre le pancréas des deux animaux. (Coupes celloïdinées.)

En ce qui concerne le foie, on observe que celui du témoin est plus congestionné.

La rate de ce dernier présente les follicules de Malpighi, moins développés et moins nettement circonscrits que celle de l'animal traité. Cette dernière est, en même temps, plus vascularisée.

Expérience deuxième. — Un poulet de 400 grammes est soumis le 24 juin 1910, au traitement thyroïdien, dans les mêmes conditions que l'animal de l'expérience précédente avec quelques jours, quatre ou cinq, de repos, au mois d'octobre et au mois de février. Un poulet du même poids et vivant dans les mêmes conditions fut gardé comme témoin.

Malheureusement, nous n'avons mesuré quelques segments des membres, que le 25 septembre. On constate alors que le pied des deux animaux est long de 7 centimètres. Par contre, pour le moyen orteil, on trouve 5 centimètres chez le témoin et 5 cent. 7 mm. pour l'animal traité.

Les deux animaux furent sacrifiés le 27 mai 1911. Le poids de l'animal traité fut trouvé ce jour : 1.430 grammes, celui du témoin : 1.230 grammes.

Voici quelques faits relevés par l'examen anatomique chez les deux animaux :

Poulet hyperthyroïdisé :	*Témoin* :
Le tissu adipeux sous-cutané et péritonéal beaucoup moins abondant que chez le témoin. En outre, sa consistance est plus fluide et sa couleur blanchâtre.	Le tissu adipeux sous-cutané est très développé. Il existe également en grande quantité dans le péritoine. Sa couleur est jaune franche et sa consistance est celle habituelle.

Les viscères, en général, semblent plus voluṁineux que ceux du témoin. La différence est évidente pour le rein, le pancréas, etc.

Le thymus du côté gauche forme encore un cordon, bien que plus ou moins réduit.

Le cœur est plus allongé et moins couvert de graisse que chez le témoin.

Dans l'ovaire on remarque quatre corps jaunes ainsi qu'un grand nombre de petites formations glandulaires de même couleur, mais ayant seulement les dimensions d'un grain de millet au plus.

Outre un grand nombre de petits œufs, on en rencontre quatre plus grands. Le plus volumineux ayant les dimensions d'une petite noix et le plus petit celles d'un noyau de cerise.

Les viscères moins développés. On ne trouve que traces probables du thymus.

Le foie présente une coloration jaune ocre, ce qui indique son abondance en graisse. On trouve d'ailleurs la même coloration chez l'animal traité.

Dans l'ovaire on observe huit corps jaunes ainsi que des formations glandulaires plus petites, analogues à celles signalées chez l'animal traité.

Outre un grand nombre de petits œufs, on en rencontre quatre dont trois ont les dimensions d'une noix et le quatrième plūs petit. Deux autres œufs ont les dimensions d'une noisette.

Dans la cloaque, un œuf presque complètement développé mais sans coquille.

Nous avons pesé certains viscères et voici ce que nous avons trouvé :

	Animal traite	Témoin
	—	—
Cœur	12 gr. 50 cent.	8 gr. 50 cent.
Poumons	9 — —	7 — 50 —
Foie	47 — 00 —	45 — 00 —
Rate	2 — 38 —	1 — 52 —
Pancréas.	4 — 66 —	2 — 60 —
Thymus	2 — 32 —	0 — 99 —

Les organes ont été pesés après le fixage dans le formol à 10 %.

Nous donnerons maintenant les dimensions et le poids de plusieurs os chez les deux animaux.

	ANIMAL TRAITÉ			TÉMOIN		
	Longueur	Largeur	Poids	Longueur	Largeur	Poids
Humérus . . .	73 mil.	9 mil.	5 gr. 50	69 mil.	8 mil.	4 gr.
Cubitus	73 —	8 —	3 gr. 50	67 —	5 —	1 gr. 75
Radius	64 —	4 —	1 gr.	60 —	3 —	0,90
Métacarpien. .	38 —	manque	manque	37 —	manque	manque
Fémur.	83 —	8 —	6 gr. 75	75 —	7 —	4 gr. 50
Tibia (1) . . .	118 —	9 —	9 gr. 50	107 —	6 —	4 gr. 90
Péroné.	80 —	manque	manque	65 —	manque	manque
Sternum. . . .	115 —	1 c. 5 (la crête)	»	112 —	4 mil. (la crête)	»
Omoplate . . .	56 —	6 mil.	»	52 —	5 —	»
Coracoïde . . .	67 —	manque	»	40 —	manque	»
Clavicule . . .	67 —	»	»	58 —	»	»
Tarso-métatarse . . .	79 —	9 —	4 gr. 80	73 —	6 —	2 gr. 80
Première phalange. .	18 —	6 —	manque	16 —	4 —	manque
Seconde phalange . .	15 —	5 —	»	13 —	3 —	»
Troisième phalange .	13 —	4 —	»	12 —	2 —	»
Ongle	17 —	manque	»	13 —	manque	»
Sacrum	87 —	26 —	10 gr. 50	78 —	25 —	8 gr. 95
Iliaque	95 —	35 —		90 —	25 —	
Vertèbres caudales. .	44 —	manque	»	39 —	manque	manque
Crâne	36 —	31 —	»	36 —	29 —	»
Trou occipital. . . .	8 —	6 —	»	6 —	5 —	»
Nasal	21 —	manque	»	20 —	manque	»
Vomer.	20 —	»	»	20 —	»	»
Maxillaire inférieur .	60 —	»	»	50 —	»	»
Portion cornée sup. du bec	19 —	»	»	12 —	»	»
Portion cornée inf. du bec	13 —	»	»	10 —	»	»

Nous tenons à remarquer le fait que les os de l'animal traité présentent tous les sillons beaucoup plus accentués que ceux du témoin.

(1) Chez l'animal traité, le tibia a été pesé seul, chez le témoin avec le péronné.

Il en est de même en ce qui concerne les crêtes, les apophyses ou les tubérosités.

Pour certains os, la différence est si accentuée qu'on aurait quelque peine à croire qu'il s'agit des os d'une même espèce. Nous avons noté plus haut les dimensions transversales de la crête sternale. Nous disons ici que le cubitus de l'animal traité présente sur la diaphyse plusieurs tubérosités très accentuées, tandis qu'elles se trouvent à l'état de traces à peine perceptibles chez le témoin.

A cause de cette exagération des sillons, crêtes ou tubérosités, les os de l'animal traité ont une apparence plus grossière et donnent l'impression d'une exagération considérable du processus ostéogénétique, rappelant celui de l'acromégalo-gigantisme.

Le poids des viscères rappelle à son tour ce qu'on a décrit sous le nom de gigantisme viscéral.

Il est encore à remarquer que l'hypertrophie viscérale n'est pas égale pour tous les organes. Peu marquée pour le foie, elle est beaucoup plus prononcée pour le cœur, la rate, le pancréas, etc.

Nous dirons enfin pour terminer avec cette expérience, quelques mots sur certains phénomènes observés pendant la vie de cet animal. Nous avons noté, à plusieurs reprises, pendant le mois de février, que cet animal présentait une certaine asthénie qui faisait qu'il ne pouvait rester longtemps debout et qu'il devait s'asseoir après avoir fait quelques pas. Parfois même il ne pouvait pas rester debout.

En outre, l'animal était beaucoup plus irritable que le témoin. Il criait quand on le tenait suspendu par une aile ou quand on voulait l'attraper. Cette irritabilité était si grande et rappelait si bien celle des poules qui couvent, que des gens non prévenus ont pu le considérer comme étant dans ce cas.

En outre, il a pondu plus tard et moins que le témoin. L'état de l'ovaire, comparé avec celui de ce dernier, montre aussi un état de moindre activité chez l'animal traité.

Pendant longtemps la crête et les oreilles de cet animal sont restées très pâles. Pourtant dans le dernier temps surtout, à ce qu'il nous a semblé, depuis que l'animal a commencé à pondre, cet état avait disparu. En même temps l'animal était devenu moins irritable.

Nous avons eu l'impression que la puberté de cet animal a été retardée.

Nous avons examiné, au point de vue microscopique, les poumons, le foie, le pancréas, la rate, le rein et les ovaires de ces deux animaux. Mais (sous la réserve de ce que des recherches plus minutieuses pourraient nous montrer) il ne nous a pas semblé qu'il existât des différences évidentes.

Pourtant les cellules hépathiques du témoin ont une structure à petites alvéoles, structure que nous n'avons pas observée chez l'animal traité.

Expérience troisième. — Nous prenons deux lapins provenant à ce qu'il semble de la même portée.

Leur poids fut (le 17 février 1911) de 670 grammes pour l'un (femelle). et de 700 grammes pour l'autre. Le premier fut traité depuis le 22 février par des tablettes thyroïdiennes (Borroughs-Welcome) en prenant, tous les deux jours, une tablette de 0 gr. 30 centigr.

Nous donnerons ici les dimensions de certains segments des membres de ces animaux avant et après le traitement.

Le 17 février on trouve :

	Animal traité —	Témoin —
Main et avant-bras	8 cent.	8 cent.
Jambe.	9 —	8 — 5
Pied.	7 — 4	7 — 6

Le 14 avril on trouve :

Main et avant-bras	11 cent.	11 cent.
Jambe.	9 —	8 — 5
Pied.	8 — 8	9 — 0

L'animal traité succombe le 4 mai 1911. Nous constatons une grossesse avec quatre fœtus. Nous sacrifions le jour suivant, 5 mai, le témoin.

Les différents segments du corps ont été soumis à l'ébullition pour faire détacher les parties molles et pratiquer l'examen des os. Voici ce que cet examen nous a montré :

Animal traité :

Humérus. — Les deux épiphyses ont résisté à l'ébullition (d'un côté seulement, de l'autre, la supérieure s'est détachée). Pourtant on distingue encore le cartilage de conjugaison de l'extrémité supérieure. L'os semble un peu plus grêle que celui du témoin. Sa longueur, est de 5 cent. 7 (sans l'épiphyse supérieure).

Témoin :

Humérus. — L'épiphyse supérieure s'est détachée de deux côtés. L'inférieure persiste. Longueur de l'os : 5 cent. 6.

Cubitus et radius. — L'épiphyse supérieure du cubitus persiste chez cet animal. Au radius les deux épiphyses se sont détachées. Longueur du cubitus : 5 cent. 7. Longueur du radius : 5 cent. 5. Les métacarpiens et les phalanges ont conservé les deux épiphyses.

Fémur. — L'épiphyse de la tête fémurale est ossifiée. Les deux autres, supérieure (trochanterienne) et inférieure se sont détachées. Longueur de l'os : 7 cent. 8.

Tibia et péroné. — Les épiphyses supérieures sont détachées. Les inférieures persistent et on ne peut observer que tout au plus une trace douteuse du cartilage de conjugaison. C'est à cause de cela que nous n'avons pas pu mesurer comparativement les os chez les deux animaux.

Les *métatarsiens* gardent toutes leurs épiphyses.

Os iliaque : longueur : 7 c. 4. largeur : 1 c. 5. *Omoplate* : 5 cent. 6. *Os du crâne et de la face* : L'occipital, les naseaux, se sont détachés pendant l'ébullition. Longueur de l'os nasal : 3 cent. 3. Son diamètre transverse : 6 millimètres. Trou occipital plus étroit que celui de l'animal témoin.

Cubitus et radius. — Les épiphyses supérieures et inférieures des deux os se sont détachées. La longueur des diaphyses de ces deux os est la même que celle de l'animal traité. Même état des métacarpiens que chez l'animal traité.

Fémur. — Les trois épiphyses se sont détachées. Longueur de l'os : 7 cent. 6. Cet os semble un peu plus gros que celui de l'animal traité.

Tibia et péroné. — Les épiphyses supérieures et inférieures de ces deux os se sont détachées. Les deux os un peu plus épais que ceux de l'animal traité.

Les métatarsiens gardent toutes leurs épiphyses excepté l'un dont la supérieure s'est détachée.

Os iliaque : longueur : 7 centimètres. ; largeur : 1 c. 2. *Omoplate* : 5 cent. 1. *Os du crâne et de la face.* Même état. *Os nasal :* longueur : 3 c. 2. Son diamètre transverse : 7 millimètres. Trou occipital plus large que celui de l'animal traité.

Nous avons examiné, au point de vue microscopique, les ovaires (coloration au scharlach). Les cellules des corps jaunes et de la glande interstitielle sont riches en substances lipoïdes chez les deux animaux.

Avec la même méthode, les capsules surrénales de l'animal traité et celles du témoin ne présentent pas une différence évidente. Pourtant nous avons eu l'impression que les cellules corticales de l'animal hyperthyroïdisé contiennent plus de substances lipoïdes que celles du témoin.

Le pancréas, lc thymus présentent la structure normale. Nous ne les avons examinés que chez l'animal traité.

Expérience quatrième. — Lapin 200 grammes. Depuis le 15 mai jusqu'au 9 juin, il prend, tous les jours (excepté le 23 et le 27 mai) une tablette de corps thyroïde de 0 gr. 30 centigr.

Les dimensions des différents segments des membres sont trouvées égales à celles du témoin provenant de la même portée, et ayant le même poids que l'animal traité.

Patte antérieure, 3 centimètres ; avant-bras, 4 centimètres ; patte postérieure, 5 cent. 5 ; jambe, 6 centimètres.

Les animaux sont nés le 24 avril.

L'animal traité succombe le 9 juin avec le poids de 280 grammes.

Le témoin, sacrifié le même jour, pesait 500 grammes. Il avait donc gagné 300 grammes, tandis que le premier n'en avait gagné que 80 grammes.

Nous avons observé que les os du témoin étaient un peu plus gros que ceux de l'animal traité, quant à leurs longueurs respectives, voici ce que nous avons trouvé :

	Animal traité	Témoin
	—	—
Diaphyse humérale	35 millim.	38 millim.
Cubitus	38 —	41 —
Radius	33 —	36 —
Fémur (sans l'épiphyse supérieure)	50 —	54 —
Tibia (sans l'épiphyse inférieure)	55 —	57 —
Iliaque	27 —	29 —
Ischio-pubien	22 —	24 —
Omoplate	32 —	37 —
Frontal	14 —	17 —
Maxiliaire inférieur	38 —	40 —

Nous avons noté encore que le tissu adipeux de l'animal traité avait complètement disparu tandis que chez le témoin il était bien développé. Il en était de même pour le thymus très bien développé chez ce dernier, absent chez l'animal traité.

Les glandes salivaires de ce dernier étaient congestionnées. La

moelle osseuse était beaucoup plus rouge et plus foncée que celle du témoin qui avait une coloration rougeâtre pâle.

Nous n'avons pas encore pratiqué des coupes histologiques des différents organes en dehors de la moelle osseuse. Celle de l'animal traité est plus vascularisée que celle du témoin et contient un nombre évidemment plus grand de mégacaryocytes. La moelle du témoin a, en outre, un aspect réticulé dû à la présence des vésicules adipeuses. qui n'est pas apparent dans celle de l'animal traité.

Expérience cinquième. — Chez un lapin de 220 grammes issu de la même portée que ceux de l'expérience précédente, nous avons administré, depuis le 15 mai, une tablette de 0,30 centigr tous les deux jours. L'animal succombe le 21 mai. Vu le temps trop court de traitement nous avons gardé en vie le témoin qui, bien qu'issu de la même portée était, depuis le commencement, un peu plus grand que le précédent.

Expérience sixième.— Poulet de 310 grammes.Il prend depuis le 15 mai une tablette de 0,30 centigr. tous les jours. Le 22 mai il est indisposé, la crête cyanosée. Succombe le 23 mai.

Expérience septième. — Chat 310 grammes. Depuis le 27 mai jusqu'au 16 juin, prend tous les deux jours, une tablette thyroïdienne de 0,30 centigr. On garde, comme témoin, un animal de la même portée, dont le poids était de 320 grammes.

La mensuration des membres, pratiquée le 26 mai, donne :

	Animal traité —	Témoin —
Avant-bras.	5 cent. 2	5 cent. 2
Patte antérieure.	4 — 5	4 — 5
Jambe.	6 — 2	6 — 2
Patte postérieure	5 — 8	5 — 7

L'animal traité succombe le 16 juin. On constate une pneumonie du lobe supérieur gauche. La moelle osseuse est beaucoup plus rouge que celle du témoin qu'on a sacrifié le même jour. On garde les organes des deux animaux pour l'examen histologique.

La mensuration des os nous a donné le résultat suivant ;

	Animal traite —	Témoin —
Humérus.	4 cent. 5	4 cent. 3
Cubitus (sans l'épiphyse inférieure). .	4 — 1	3 — 9
Radius.	4 —	3 — 6

	Animal traité	Témoin
Fémur	4 — 6	4 — 4
Tibia	4 — 8	4 — 5
Péroné	3 — 5	3 — 3
Omoplate	2 — 9	2 — 7
Iliaque	1 — 8	1 — 7
Ischio-pubien	1 — 5	1 — 4
Maxillaire inférieur	3 — 4	3 — 5
Maxillaire supérieur	3 — 3	3 — 5

Expérience huitième. — Chat de la même portée que les animaux de l'expérience précédente. Poids 285 grammes. Prend, depuis le 27 mai jusqu'au 17 juin, une tablette de 0,30 centigr. tous les deux jours. On garde comme témoin un animal de la même portée pesant 270 grammes.

Les mensurations pratiquées le 26 mai donnent :

	Animal traité	Témoin
Avant-bras	5 cent. 2	4 cent. 9
Patte antérieure	4 — 2	4 —
Jambe	6 — 3	6 — 1
Patte postérieure	5 — 6	5 — 2

Le 10 juin, l'animal traité présente de la blépharite ciliaire des deux côtés. Cet état s'accentue les jours suivants. Les deux paupières s'accolaient et derrière elles il s'accumulait du pus. On était obligé d'ouvrir les yeux de l'animal et de le laver plusieurs fois par jour.

Il succombe pourtant très amaigri le 17 juin.

Nous sacrifions, le même jour, le témoin.

Voici les résultats de la mensuration des os :

	Animal traité	Témoin
Diaphyse humérale	3 cent. 8	3 cent. 7
Diaphyse du cubitus	4 — 1	3 — 8
Diaphyse du radius	3 — 4	3 — 2
Fémur	4 —	3 — 8
Tibia	4 — 2	3 — 9
Omoplate	2 — 9	2 — 6
Iliaque	2 —	1 — 7
Ischio-pubien	1 — 6	1 — 4

Des expériences qui précèdent et de celles des auteurs ci-dessus cités, il nous semble résulter quelques faits que nous voulons mettre en évidence :

Certaines doses de corps thyroïde sont incompatibles avec une survie suffisante pour étudier leurs effets sur le développement, (il en était ainsi pour la dose de 30 centigrammes par jour pour le poulet de 310 grammes de l'expérience sixième) ou bien permettent une survie un peu plus prolongée et produisent *un arrêt de développement.* Nous citons comme exemple le lapin de l'expérience quatrième, qui prenait une tablette de 30 centigrammes tous les jours, son poids étant de 200 grammes. Les différentes espèces ont probablement une sensibilité différente à l'égard du corps thyroïde.

Si les doses sont moins fortes, tout en n'étant pas compatibles avec une survie normale ou à peu près, on observe une accélération de la croissance. Comme exemple, nous citerons le petit chat de l'expérience septième, qui prenait tous les deux jours une tablette de 30 centigrammes, son poids étant de 310 grammes.

Des doses encore moins fortes permettent une survie plus prolongée et accélèrent la croissance. Dans les cas où la survie est assez prolongée ou l'âge de l'animal suffisamment avancé, on constate que la soudure des épiphyses aux diaphyses est plus précoce chez l'animal traité que chez le témoin. Comme exemple, nous citerons le lapin de 670 grammes étudié dans l'expérience troisième et qui a pris tous les deux jours une tablette de 30 centigrammes. Enfin, on peut trouver des doses qui sont compatibles avec une survie prolongée. Dans ces cas, on observe une exagération de la croissance en longueur, ainsi qu'une exagération du processus ostéogénétique en général. Comme exemple, nous citerons le poulet (de 400 grammes) de l'expérience deuxième, qui prenait tous les deux jours une demi-tablette de 30 centigrammes et que nous avons sacrifié après onze mois de traitement. Cette expérience étant jusqu'à présent unique et la différence entre les os de cet animal et ceux du témoin étant très prononcée, il est prudent de faire quelques réserves en attendant le résultat de nouvelles expériences.

Il convient encore d'attirer l'attention sur d'autres faits qui, bien que encore trop peu étudiés, ne nous semblent pas exempts d'importance.

C'est ainsi que les expériences quatrième et septième nous conduisent à admettre l'existence d'une réaction de la moelle osseuse au cours du traitement thyroïdien.

Enfin, les deux chats des expériences septième et huitième nous montrent que sous l'influence de fortes doses de corps thyroïde, la résistance aux infections spontanées est diminuée, l'un de ces deux animaux ayant succombé avec une blépharite ciliaire suppurée très intense, l'autre avec une pneumonie du lobe supérieur gauche, tandis que les témoins n'ont rien présenté.

N. B. — Nous regrettons que l'animal de l'expérience *huitième* n'ait pas été utilisable pour étudier l'influenee du corps thyroïde sur la croissance, mais celui que nous avons gardé comme témoin nous a semblé au début de l'expérience offrir peu de chance de survie, et il nous semblait préférable d'avoir plutôt deux animaux traités et un seul témoin de la même portée que deux témoins et un seul animal traité.

L'Abcès cérébral tuberculeux

par M. Pierre MERLE (d'Amiens).

Certains abcès cérébraux, tout a fait semblables, au premier abord, à ceux que donnent les microbes pyogènes, peuvent être causés par le bacille de Koch. Le pus est jaune, verdâtre, bien lié, il n'existe pas de lésions folliculaires histologiquement typiques : c'est un exemple de réaction phlegmasique au cours de l'infection tuberculeuse. Ces cas sont rares et nous n'en avons trouvé que deux dans la science.

L'observation suivante que nous avons recueillie avec le D[r] Baudouin, dans le service de notre regretté maître, le professeur Raymond, fournit un exemple typique de cette affection :

Un homme de 51 ans, extrêmement vigoureux et sans antécédents pathologiques est frappé d'une sorte d'ictus, pendant le travail. Quelques instants après on constate une hémiplégie droite et le soir même surviennent des crises d'épilepsie jacksonnienne du côté droit. Le malade est d'abord soigné chez lui. Les crises jacksonniennes varient de fréquence et d'intensité. L'hémiplégie également subit des alternatives de mieux et de plus mal.

Pendant une période de quinze jours, du 15 décembre au 1er janvier, il se produit même une amélioration telle que le malade peut se servir de son bras droit et écrire des lettres. Pendant ce temps les crises jacksonniennes disparaissent presque complètement.

C'est le 14 janvier 1910 que le malade est reçu à l'hôpital et soigné à la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. Pendant ce séjour, on remarque de la variabilité d'un jour à l'autre dans l'intensité des phénomènes paralytiques et dans la fréquence des convulsions. L'hémiplégie droite s'accompagne de troubles de la sensibilité au contact et à la piqûre. Les reflexes tendineux sont plutôt affaiblis. L'examen du fond de l'œil montre un état congestif très marqué de la papille et un début de stase. La ponction lombaire dénote de l'hypertension très marquée du liquide céphalo-rachidien, sans réactions cellulaires à l'examen cytologique.

L'état général s'aggrave. La somnolence devient de jour en jour plus profonde et les questions demeurent sans réponse. Malgré l'absence de céphalée, de vomissements et même de vertiges on porte le diagnostic de tumeur à évolution rapide et l'on tente la trépanation décompressive pratiquée par le Dr de Martel, dans le service du professeur Segond. Il se produit une légère amélioration, mais le malade retombe dans la torpeur et meurt peu après. La maladie a duré un mois à peu près. Il n'y a pas eu d'élévation thermique pendant son évolution.

L'autopsie révèle un volumineux abcès du centre ovale à gauche, gros comme un œuf de poule, l'un des pôles atteignant presque la corticalité au voisinage de la zone motrice. Le pus est jaune verdâtre, épais, bien lié, ne faisant aucunement penser à une origine tuberculeuse. Les lames colorées par la méthode de Ziehl y montrent cependant des bacilles acido-résistants en quantité extrêmement considérable. Dans les parois il en est de même, mais on ne trouve en aucun point de follicule tuberculeux typique, ni même de tissu épithélioïde. Les lésions histologiques qu'on note dans les parois sont surtout de l'infiltration leucocytaire avec prédominance de polynucléaires et des lésions vasculaires prononcées : presque tous les

capillaires sont thrombosés et présentent des parois plus ou moins nécrosées. Des réactions conjonctives ont eu le temps de se produire et forment une couche de tissu séparant l'abcès du cerveau environnant.

Le reste du cerveau et les méninges ne présentent aucune lésion.

L'examen complet des viscères a révélé des tubercules typiques dans le poumon (lésions de date très récente), dans le foie et dans la rate. Ceci est suffisant pour montrer la nature purement tuberculeuse de l'affection. Du reste, aucun autre microbe n'a pu être relevé sur les préparations en dehors des bacilles tuberculeux en quantité vraiment extraordinaire. (On pourra trouver dans la thèse de notre ami, le Dr Demonchy : *L'abcès tuberculeux du cerveau,* Paris 1910, des figures concernant ce cas et montrant la nature des lésions et l'abondance des bacilles tuberculeux.)

Le résumé de cette observation montre donc que le bacille tuberculeux peut produire, dans le tissu cérébral, des collections purulentes en tout semblables à celles qui sont causées par des microbes pyogènes et si la recherche du bacille tuberculeux n'est pas faite systématiquement, on peut ignorer la nature véritable de l'affection. C'est ce qui a du se passer souvent et ce qui explique peut-être, en partie, la rareté des observations.

Si l'on écarte tous les cas qui sont en réalité des tubercules ramollis et qui peuvent donner des collections, cas dans lesquels l'examen histologique dénote des lésions folliculaires typiques, on ne trouve que deux observations qui puissent être rapprochées de la nôtre : Celle de Froenkel (Doct. Méd. Woch. 1887) et celle de Rendu et Boulloche (Soc. Méd. des Hôp. juillet 1891), encore dans cette dernière, y avait-il un processus de tuberculose méningée, ce qui rend le cas beaucoup moins typique.

L'observation de Froenkel, à la suite de laquelle les traités classiques indiquent que le bacille de Koch peut être une cause de suppuration dans le tissu cérébral, est tout à fait semblable à la nôtre : même collection abondante de pus jaune-verdâtre et bien lié, même quantité extrêmement considérable de microbes : véritable fourmillement de bacilles, et même absence complète de toute lésion

folliculaire typique dans les parois de l'abcès. La symptômatologie en était un peu différente, les phénomènes cliniques dépendant du siège de la lésion.

Il est difficile de décrire complètement l'abcès cérébral tuberculeux avec un aussi petit nombre de cas. Mais il est possible cependant de fixer certains points.

Au point de vue anatomo-pathologique d'abord, c'est une collection plus ou moins considérable de pus jaune au jaune-verdâtre, bien lié, absolument différent des sérosités mêlées de débris caséeux que l'on rencontre au cours de la plupart des tuberculoses à lésions histologiques folliculaires typiques. Les parois ne présentent aucun tubercule avec cellules géantes et tissu épithélioïde, mais des réactions cellulaires qui sont celles des inflammations aiguës avec prédominance de polynucléaires. Il faut noter cependant l'altération des vaisseaux thrombosés dont les parois sont en voie de nécrose (observation personnelle). L'abondance extrême des bacilles de Koch qui fourmillent dans le pus et dans les parois est un fait également très particulier. Ajoutons l'absence d'autres microbes reconnue par l'examen direct ou les cultures sur différents milieux (Rendu et Boulloche).

En ce qui concerne la séméiologie, la possibilité d'arriver à un diagnostic, il convient d'envisager plusieurs groupes de faits : les signes cérébraux diffus, les signes de lésion en foyer, les phénomènes généraux, et enfin l'évolution de la maladie.

Tout d'abord, la maladie peut survenir chez un sujet déjà tuberculeux, pulmonaire par exemple, ou chez un sujet parfaitement bien portant : chez notre malade, les tubercules viscéraux qui furent trouvés à l'autopsie étaient très récents et probablement contemporains de la lésion cérébrale. Toutes ces lésions dépendaient vraisemblablement d'une dissémination rapide du germe. On en trouve du reste la manifestation clinique dans l'observation : quatre jours avant le début véritable de l'affection, le malade avait souffert d'un état de malaise, de « grippe », disait-il,

qui le retint à la chambre un jour ou deux. De même, dans le cas de Rendu et Boulloche, l'infection cérébrale paraît s'être produite après une poussée de baccillémie avec phénomènes généraux.

Parmi les *signes cérébraux diffus*, signalons :

La céphalée, inconstante puisqu'elle n'existait pas dans notre cas. Notons aussi qu'il n'est relevé de vomissements dans aucune des observations que nous avons signalées. La torpeur, la somnolence, les troubles de la parole sans phénomène d'aphasie proprement dite sont toujours très marqués : ils peuvent relever de l'imprégnation des centres par les toxines tuberculeuses ou de l'hypertension intra-crânienne. (Dans notre cas, la pression du liquide céphalo-rachidien prise à l'aide d'un manomètre à air libre s'élevait à 340 m/m dans la position couchée, au lieu de 100 à 150 comme normalement).

L'examen du fond de l'œil peut révéler de la congestion et de la stase (cas personnel).

Il s'agit donc d'un syndrome d'hypertension intracrânienne plus ou moins complet.

Les *symptômes de lésion en foyer* sont naturellement très variables suivant le siège de l'abcès. Nous les énumérons rapidement. L'épilepsie Jacksonnienne (seulement dans notre cas) paraît relever surtout de l'hypertension intra-crânienne. Les phénomènes d'hémiplégie, de paralysie varient suivant les cas et s'accompagnent de troubles de sensibilité tels qu'on en rencontre au cours des lésions cérébrales. Nous tenons à signaler cependant les variations dans l'intensité que peuvent présenter ces phénomènes paralytiques : il peut s'agir, comme dans notre cas, d'une véritable *hémiplégie oscillante*.

Des troubles aphasiques, d'une interprétation assez délicate, peuvent se produire.

Les sphincters étaient épargnés dans les cas que nous connaissons.

Parmi les *phénomènes généraux*, un signe qui paraît important est l'absence de fièvre (Froenkel, cas personnel). L'amaigrissement n'a généralement pas le temps de se pro-

duire, si le sujet est frappé en pleine santé, la maladie semblant évoluer en un mois, un mois et demi.

Enfin la ponction lombaire, quand il n'y a pas de méningite concomittante bien entendu, révèle de l'hypertension mais pas de lymphocytose.

Le *diagnostic* de l'abcès tuberculeux du cerveau se pose donc avec une série d'affections.

Les *méningites aiguës* semblent assez faciles à éliminer. Les *méningites tuberculeuses* peuvent présenter des lésions en foyer et donner le change surtout quand elles s'accompagnent de peu de fièvre. Les *encéphalites aiguës* ou *tuberculeuses non suppurées* se manifestent surtout par des troubles diffus, ce qui peut aussi du reste se produire si l'abcès tuberculeux est situé dans une région cérébrale tolérante. *L'abcès du cerveau non tuberculeux* est difficile à éliminer : il n'est pas lui-même toujours fébrile et le caractère apyrétique de l'abcès tuberculeux n'est peut-être pas un signe infaillible. L'étiologie, une otite par exemple, un point de départ infectieux seront un gros argument en faveur de l'abcès aigu. L'examen du sang devra être fait. C'est peut être néanmoins avec les *tumeurs cérébrales* que le diagnostic est le plus difficile. Le syndrome d'hypertension intracrânienne, y compris la stase pupillaire, constitue, en effet, le côté capital de la symptômatologie de l'abcès cérébral tuberculeux qui, de plus, est apyrétique et peut donner des signes de lésions en foyer.

Il faut surtout rechercher les signes d'imprégnation tuberculeuse, les poussées fébriles qui peuvent déceler une dissémination bacillémique. Le début de l'abcès tuberculeux est aussi plus brusque, l'évolution plus rapide, le syndrôme d'hypertension intracrânienne qu'il comporte est peut être aussi moins complet (absence de céphalée, de vomissements.

Le *tubercule cérébral* peut donner une symptômatologie de tumeur et les signes généraux d'imprégnation tuberculeuse que l'on peut rechercher (cutiréaction, tuberculine) ne peuvent pas servir à différencier cette lésion de l'abcés collecté. Le diagnostic se pose enfin avec les diverses lésions

en foyer, hémorragie, ramollissement ; l'évolution, l'absence d'hypertension .intracrânienne permettront de les reconnaître. La variablité des symptômes, notamment des phénomènes paralytiques, le caractère d'hémiplégie oscillante que nous avons décrit au cours de l'abcès cérébral tuberculeux doivent être rappelés à ce sujet.

Une dernière considération doit être envisagée au point de vue général. L'abcès tuberculeux présente un exemple de *réaction phlegmasique* atypique, au cours de l'infection tuberculeuse, de *tuberculose suppurative.*

Sans insister sur ce dernier point, rappelons que les dermatologistes ont étudié des cas d'abcès sous-cutanés tuberculeux qui sont des faits à rapprocher (Gauchet, Jacquet et du Pasquier). Il existe une forme de méningite tuberculeuse à polynucléose prédominante (Gougerot, Espinet) ; dans ce ces les bacilles tuberculeux sont décelés en grande abondance. On connaît aussi l'encéphalite tuberculeuse aiguë (Raymond et Cestan, Bombici, Gangitano) où l'on peut rencontrer, à côté d'hémorragies abondantes, de l'infiltration polynucléaire très marquée.

La réaction phlegmasique correspond-elle à une atténuation ou à une exaltation de virulence ? La dissémination granulique, que l'on a rencontrée dans différents viscères au cours de l'abcès tuberculeux du cerveau, plaiderait plutôt en faveur d'une virulence considérable ; en revanche, Koch a signalé que le bacille tuberculeux mort cause la suppuration et, d'après les travaux de Renaud, on constate par injection expériemntale dans le tissu cérébral, la disparition rapide et la destruction des microbes : le tissu cérébral constituerait un mauvais milieu pour le développement du bacille tuberculeux et en atténuerait la virulence. C'est là une question difficile à résoudre.

Débilité mentale et Débilité motrice associées

(SIGNE DE BABINSKI PERMANENT)

par MM. DUPRÉ et COLLIN (de Paris).

Garçon de 12 ans, dans les antécédents héréditaires duquel l'interrogatoire n'a pu établir ni la syphilis, ni l'alcoolisme.

Une sœur, née à 8 mois, morte à 7 ans de méningite (?). Une autre sœur née à 8 mois, arriérée.

Le petit malade, né à 8 mois, élevé en nourrice, n'a marché qu'à 3 ans et demi, et parlé qu'à 4 ans. Incontinence des sphincters jusqu'â 7 ans. Pas de convulsions. Débilité mentale profonde, scolarité et instruction à peu près nulles. Apathie, avec instabilité, quelques crises de colère violente. Pas de perversions instinctives.

Taille : $1^{m}50$. Périmètre crânien : $0^{m}47$. Développement général symétrique et normal. Réactions pupillaires bonnes. Aucune paralysie, mais état diffus d'hypertonie et de paratonie. Réflexes tendineux vifs, surtout aux membres supérieurs. Extension bilatérale permannete du gros orteil, avec exagération de cette extension et abduction des petits orteils, à l'excitation plantaire. Syncinésie bilatérale, diffuse ; impossibilité de la résolution volontaire des muscles. Maladresse extrême dans tous les exercices, rendant impossibles les jeux habituels de l'enfance : inaptitude à toute gymnastique. Troubles de la marche, de la préhension, de l'effort musculaire en général, par excès, diffusion et incoordination des contractions, sans ataxie ni altération de l'équilibre, telles qu'on les observe dans les affections médullaires, cérébelleuses ou labyrinthiques. Hyper et paramimie spastiques : l'ordre de fermer ou d'ouvrir les yeux ou la bouche provoque des grimaces irrégulières et asymétriques dans tout le visage. Blésité.

En résumé, syndrome de débilité psychique et motrice, par arrêt de développement diffus de l'écorce, secondaire à

une encéphalopathie précoce de nature indéterminée. L'intérêt du cas réside dans l'association et la gravité des deux insuffisances mentale et motrice, dans l'analyse clinique des troubles des fonctions musculaires, et dans la permanence spontanée et statique du signe de Babinski.

Sur la Myasthénie spinale

par L. BÉRIEL (de Lyon).

La conception de la « Myasthénie bulbospinale » est devenue dans ces dernières années tellement compréhensive qu'il est aujourd'hui malaisé de délimiter ce que nous entendons par ce nom, ou par ses nombreux synonymes : paralysie myasthénique, maladie d'Erb-Goldflam, paralysie bulbospinale asthénique, etc.

Dans les années qui suivirent les premières observations (Wilks, 1877 ; Erb, 1878 et 1879 ; Oppenheim, 1887 ; Eisenlohr, 1887 ; Shaw, 1890), s'édifia peu à peu la conception d'une véritable maladie (« Krankheit *sui generis* » : Hoppe, élève d'Oppenheim, 1892). C'est-à-dire que les divers cas parurent s'identifier suffisamment pour former un groupe commun, distinct des affections antérieurement connues ; la maladie était caractérisée par une fatigabilité extrême, allant jusqu'à l'impotence transitoire, dans le domaine des muscles de certains nerfs crâniens ; l'asthénie étant elle-même développée par périodes, avec des rémissions et des aggravations d'ensemble.

S'il est nécessaire, pour décrire une maladie nouvelle, de lui reconnaître des caractères étiologiques, cliniques et anatomiques propres, la nouvelle affection parut réaliser dans une certaine mesure ces desiderata ; elle se montrait comme une affection cryptogénique, sans lésions, avec un

groupement de symptômes assez particuliers : Hoppe signalait ainsi les caractéristiques distinctives de ces signes : 1° absence d'atrophie et de modifications de l'excitabilité électrique, — 2° participation du facial supérieur et de l'oculo-moteur, — 3° participation rare de l'hypoglosse, — 4° rémissions sensibles et changement dans l'intensité des symptômes, même dans l'espace d'une journée.

Comme on le voit, la base de la conception d'une « maladie *sui generis* » était toutefois assez fragile, puisque les caractéristiques étiologiques et anatomiques étaient purement négatives, et que d'ailleurs elles n'avaient pas toujours été notées (les deux cas d'Erb par exemple sont sans autopsie) ; puisque la symptomatologie elle-même n'était pas toujours très uniforme : on peut remarquer par exemple que dans les cas de Erb déjà cités, existaient des symptômes étrangers, au point que Oppenheim, dans sa monographie classique de 1901, ne les classe pas sans discussion.

Mais dans les années qui suivirent, et jusqu'à notre époque, l'individualisation de la maladie fut loin de progresser. Certaines particularités se décelèrent bien peu à peu, comme par exemple la réaction électrique un peu spéciale des muscles (Jolly, 1894) ; mais il apparut un grand nombre d'observations complexes qui obligèrent, soit à élargir le cadre de l'affection, soit à la concevoir comme un simple syndrôme. Ces nouveaux cas prouvaient tout au moins que dans le domaine étiologique ou anatomique, comme dans le domaine symptomatique, la maladie perdait son unité, et se rattachait par degrés insensibles à d'autres affections plus ou moins bien connues.

Cliniquement, ce furent de très bonne heure (1893), les travaux de Goldflam, qui montrèrent l'extension fréquente du trouble myasthénique au niveau des membres : la myasthénie devenait *bulbospinale* (1). Dans le même ordre d'idées, quelques cas publiés depuis 1902 apportèrent la

---

(1) Il est remarquable de noter que les huit observations de Raymond réunies dans son travail récent, sont toutes « généralisées » *in* « Pathologie nerveuse » Paris 1910).

preuve que la « paralysie myasthénique » pouvait intéresser exclusivement ou presque uniquement les muscles des membres : véritable « myasthénie spinale » (Patrick, 1902 ; Murri, 1902 ; Heversch, 1903 ; Albertoni, 1906 ; Grund, 1907). On acceptait aussi peu à peu la possibilité de paralysies vraies et d'atrophies musculaires (Raymond ; voy. son observ. VI de Claude et Vincent). La réaction myasthénique de Jolly elle-même nous apparut comme peu pathognomonique ; dès 1906, Raymond et Lejonne écrivaient : « La réaction myasthénique manque dans bien des cas de myasthénie, et, par contre, on peut l'observer dans diverses autres affections ».

L'étude de l'*étiologie* aboutit à des considérations du même ordre, en montrant du moins qu'une myasthénie peut être manifestement symptomatique d'une affection reconnaissable par ailleurs, ou être associée à une maladie connue. Depuis longtemps, la fatigabilité musculaire est connue dans certaines névroses ; on la connaît aussi dans les lésions de la surrénale, dans le goitre exophtalmique, le diabète, etc. ; elle peut s'observer comme trouble myasthénique bien caractérisé dans des maladies organiques du système nerveux : Oppenheim lui-même, dès 1887, l'avait notée dans la « sclérose disséminée », et on l'a vue depuis dans le tabes, les polynévrites, etc. Negro a décrit en outre, en 1906 et 1907, une myasthénie d'origine nerveuse périphérique, et on a publié des cas de myasthénies d'origine toxique. Il faut noter enfin les rapprochements qui ont été faits avec les polio-encéphalites (Kalischer, 1897), — avec les paralysies transitoires des muscles de l'œil (de Léon, 1904), — avec les « myotonies », — avec le vertige paralysant de Gerlier, qui rapproche la myasthénie des « paralysies périodiques », — avec les myopathies (Klippel et Villaret, 1903), avec la claudication intermittente (Goldstein, 1908), — voire même dans une certaine mesure, avec les paralysies hystériques (R. Lépine). Pour conclure, on est obligé, — en se plaçant au point de vue causal, — de créer des « myasthénies associées » et des « pseudo-myasthénies », si l'on ne veut pas admettre qu'elles sont toutes symptomatiques.

Anatomiquement, la question est aussi complexe. Il est à peine besoin de rappeler que, — outre les lésions nerveuses fines quelquefois rencontrées, — on a fait, depuis 1901, à l'autopsie de myasthénies bien caractérisées, les constatations anatomiques les plus variées : lésions des muscles, des viscères (foie, cœur, reins), des glandes à sécrétion interne (thyroïde, surrénales, hypophyse, thymus), des organes hématopoiétiques. Toutefois, la valeur de ces modifications si complexes est loin d'être établie. Il suffirait de faire remarquer que Oppenheim, — qui a quelques titres à juger de la myasthénie, — continue à la qualifier en 1908 (*Lehrbuch der Nervenkranheiten*) comme il le faisait dans sa monographie de 1901 : « *Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund* » : paralysie bulbaire sans constatation anatomique.

Devant cet ensemble de faits, la conception de la myasthénie devient singulièrement fugitive. Quelques auteurs ont renoncé à y voir même un syndrome. D'autres continuent à grouper sous un même chef un certain nombre de faits, dont ils éliminent suivant leur opinion tel ou tel groupe de cas. On a vu qu'Oppenheim décrit comme une maladie la « paralysie myasthénique » ; Raymond, dans sa monographie déjà citée (1910), la considère comme un syndrome, mais la circonscrit assez nettement, en rejetant de son cadre les myasthénies symptomatiques ou les pseudomyasthénies (par exemple les myasthénies de Negro). Il est manifeste que ces deux auteurs, tous deux éminemment qualifiés par leurs nombreux travaux sur la question, ont envisagé très différemment la maladie ; on en aurait une preuve dans ce seul fait que certaines observations rejetées par l'un, sont acceptées par l'autre (1).

Si le travail de désagrégation qui se poursuit au sujet de la « maladie d'Erb-Godflam » paraît décevant, il est loin

---

(1) Il est curieux à cet égard de lire les commentaires dont Oppenheim fait suivre une observation de Raymond : observation qu'il classe dans le groupe appartenant « certainement ou avec toute vraisemblance » à la maladie, et qui a été publiée par Raymond comme Ophtalmoplégie d'origine périphérique (Cf. Oppenheim 1901, p. 90).

cependant d'être stérile. En étudiant toujours de plus près les observations qui rattachent la myasthénie aux autres troubles nerveux, il est possible que nous puissions un jour dégager un groupe de cas constituant véritablement la « maladie *sui generis* » dont Hoppe parlait prématurément il y a vingt ans ; il est possible au contraire que les myasthénies nous apparaissent comme étant toutes symptomatiques ; mais il est certain que nous serons alors fixés sur la signification à en retenir.

L'observation rapportée ici contribue à cette recherche ; elle concourt à établir l'existence de la myasthénie à distribution uniquement spinale, et à la rapprocher du trouble connu sous le nom de « paralysie périodique des extrémités ». Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de mon maître, le docteur Devic, qui a bien voulu me permettre de l'étudier.

B. C., *apprêteur*, 54 *ans* ; *entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, lit* n° 23, *le* 5 *mai, est décédé le* 29 *mai* 1911.

Entré pour la diarrhée avec amaigrissement et phénomènes de paralysie intermittente.

Antécédents héréditaires : — Père mort, à 69 ans, cardiaque; mère morte à 59 ans de fluxion de poitrine. A eu 7 frères ou sœurs, 5 sont morts en bas âge d'affections inconnues du malade. Un frère de 60 ans vivant et bien portant ; une sœur de 57 ans, atteinte depuis longtemps de catarrhe bronchique.

Antécédents personnels. — Fièvres éruptives dans l'enfance. Pas d'adénites suppurées, pas d'otorrhée ; jamais de rhumatismes. A fait 4 ans de service militaire en France, sans incidents. Jamais de paludisme. Nie tout accident spécifique. Pendant longtemps a fait des excès éthyliques, de vin surtout ; prétend que depuis 5 ou 6 ans il a cessé de boire entre ses repas. N'a jamais eu à subir la misère et a toujours gagné largement sa vie.

Marié à 29 ans, sa femme est vivante et bien portante ; elle a eu 6 grossesses dont deux terminées avant terme ; 4 enfants vivants et bien portants.

N'a jamais eu de bronchite de longue durée, ni d'hémoptysie.

La *maladie actuelle* aurait débuté il y a environ 15 mois par de la diarrhée sans coliques, survenant surtout dans la matinée. Le malade n'eut d'abord que deux ou trois selles, franchement diarrhéiques,

par jour. Au commencement de l'été dernier, vers le mois de mai, les selles deviennent plus fréquentes et surtout nocturnes : 4 ou 5 fois par nuit le malade devait quitter le lit pour aller aux cabinets. A ce moment il commença à prendre du bismuth et d'autres médicaments conseillés par un pharmacien, et qui n'eurent aucun effet. Le malade ne suivait aucun régime, mangeait de tout et continuait à travailler. Pendant ce temps apparut la perte des forces, sans diminution de l'appétit ; l'amaigrissement et la pâleur se manifestèrent aussi. En octobre 1910, la fatigue était si rapide qu'il lui devint impossible de faire un travail quelconque, sans que les symptômes intestinaux parussent avoir augmenté ; il dut alors renoncer à son travail, mais n'eut pas besoin de s'aliter. Au bout de trois semaines, il retourna à son usine d'apprêts sur étoffes pendant une dizaine de jours, mais il se lassait tellement vite qu'il dut encore une fois renoncer à travailler ; il s'alita un mois, puis fut hospitalisé un mois et demi à l'hôpital de Villeurbanne ; c'est pendant ce séjour qu'il eut pour la première fois un accès de paralysie (février 1911) qui ne dura guère plus d'un quart d'heure. Une deuxième atteinte remonte au 25 mars, et fut bien observée par sa femme ; elle fut caractérisée par une parésie très marquée des quatre membres, survenue progressivement mais rapidement et ayant atteint son maximum en deux heures environ. Elle avait débuté par les mains et les pieds et avait duré un jour et demi, pendant lesquels le malade n'avait pu ni changer de position dans son lit, ni se donner à manger seul ; la face n'était pas intéressée ; il n'y avait pas eu de paralysie de la vessie, aucune douleur. La troisième atteinte survint quinze jours après et se présenta dans les mêmes conditions. La quatrième, dix jours après, se différencia des autres en ce que les muscles du cou et de la nuque furent cette fois intéressés ; la tête était fléchie sur la poitrine, le malade ne pouvait la relever.

Dans l'intervalle de ces différentes atteintes, le sujet retrouvait l'usage de ses membres, se levait seul, marchait dans sa chambre, et ne se plaignait que de la diarrhée, de l'affaiblissement et de la perte des forces au moindre effort. Aucun trouble psychique, ni convulsion, ni contracture. La température n'a jamais été prise, ni l'urine examinée.

ETAT ACTUEL. — Homme très amaigri. Pas d'œdème, rien à signaler sur le tégument, pas de cicatrices.

Langue absolument normale ; appétit conservé ; le malade se retient de manger pour ne pas avoir de la diarrhée. Aucune pigmentation anormale dans la bouche, pas de liseré gingival; dentition très mauvaise. Soif vive.

La paroi abdominale est souple, le ventre un peu aplati. La palpation éveille un peu de douleur au niveau de l'S iliaque, avec un peu de gargouillement. La rate n'est pas grosse ; le foie déborde un peu les fausses côtes, par de douleurs. L'estomac ne clapote pas. Rien au toucher rectal ; pas d'hémorroïdes.

Pas d'ictère.

L'examen du poumon ne révèle qu'un peu d'emphysème. Pas de toux ni d'expectoration.

Au cœur : pointe impossible à délimiter. Bruits sourds, réguliers ; ni souffle, ni galop.

Pouls régulier : 76 par minute. Artères périphériques non athéromateuses.

Les masses musculaires sont peu fournies, la graisse a complètement disparu. Le malade marche sans difficulté, mais se fatigue extrêmement vite, et très rapidement est obligé de s'arrêter, comme pris d'impotence. Il n'y a pas de différence d'un côté à l'autre. On ne trouve pas trace de paralysie véritable des membres, ni de la face. Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression. Aucun trouble de la sensibilité tactile ni thermique. Les réflexes rotuliens sont un peu faibles, mais égaux des deux côtés. Rien à signaler à la musculature des yeux ; les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Rien à signaler à la colonne vertébrale.

Aucun trouble psychique.

Urines abondantes, très claires, contenant un peu d'albumine, pas de sucre.

En résumé, le malade accuse : perte des forces, asthénie marquée ; diarrhée sans coliques ; accès de paralysie transitoire ayant atteint les quatre membres, le tronc et la nuque, sans participation de la face, de la langue et des yeux.

7 mai. — Depuis l'entrée, le malade a eu deux selles par jour. Ces selles, conservées isolément, ont toutes été examinées ; elles sont seulement pâteuses, et quand on fait préciser le malade et sa femme, — aujourd'hui présente, — on apprend que toujours, depuis le début de la maladie, les selles ont eu ce caractère. Elles sont plus abondantes que ne le comporte l'alimentation du malade, qui a consisté en trois potages épais et assez copieux, deux litres de lait et cinq ou six œufs, le tout pris avec beaucoup de plaisir. La coloration des matières est jaune foncé ; réaction de Weber négative ; pas d'œufs d'ascarides, pas de tœnia ; réaction acide ; pas d'odeur très marquée ; pas de lientérie. Pas de coliques vives avant l'expulsion.

La polyurie est toujours très marquée.

10 *mai.* — Nouvelle atteinte de paralysie ayant débuté cette nuit (la première que nous puissions observer). Le malade s'est levé encore hier soir à 11 heures tout seul ; une heure après, au dire de la veilleuse, il était dans l'état où nous le voyons ce matin. La parésie est étendue à un grand nombre de groupes musculaires. Le malade est incapable de soulever les membres inférieurs au-dessus du plan du lit ; il ne peut détacher le talon ; il arrive à peine à fléchir la jambe sur la cuisse, le talon étant appuyé au lit. Les membres inférieurs ne retombent pas lourdement quand on les soulève. Les orteils se fléchissent assez bien ; les extenseurs de la jambe sur la cuisse sont beaucoup moins intéressés que les fléchisseurs. Les adducteurs ne résistent pas du tout. Les muscles du tronc sont au moins aussi intéressés que ceux des membres inférieurs. Les membres supérieurs sont à peu près autant atteints que les inférieurs ; le malade est incapable de fléchir l'avant-bras sur le bras, de soulever l'épaule, d'écarter le bras du tronc. Les fléchisseurs des doigts sont capables de se contracter volontairement ; mais très faiblement ; mouvements de pronation et de supination nuls. Les interosseux paraissent particulièrement touchés.

La tête est fléchie sur le tronc, le malade ne peut ni la relever seul, ni se servir de ses sterno-mastoïdiens.

Intégrité absolue des muscles de la face et des yeux ; mobilité de la langue parfaitement conservée.

Aucun trouble sensitif ; la sensibilité à tous ses modes est aussi intacte dans les régions parésiées que dans celles ou il n'y a point de paralysie. Aucune douleur à la pression des troncs nerveux.

Les mouvements du diaphragme et des intercostaux sont normaux. Pas de paralysie des réservoirs.

Les réflexes rotuliens sont normaux et dans le même état que le jour de l'entrée. L'excitation de la plante des pieds ne provoque aucun réflexe. Le réflexe crémastérien est faible mais net.

Aucun trouble psychique.

12 *mai.* — Les phénomènes de paralysie ont persisté jusqu'à cette nuit. Vers minuit, le malade s'est levé seul pour aller à la chaise. Hier soir vers six heures, il avait pu se donner à boire seul. Il semble que les membres inférieurs ont été pris les premiers, — cette fois comme les autres, au dire de sa femme, — et que la paralysie a persisté plus longtemps à leur niveau. Ce matin, les divers groupes musculaires ont retrouvé leur état habituel. Cependant. le malade accuse une très grande faiblesse, une asthénie profonde, et, comme le faisait remarquer sa femme, il semble qu'après chaque accès de paralysie, l'asthénie

est de plus en plus marquée ; la fatigue survient de plus en plus vite par le mouvement.

Pas de taches pigmentaires sur les muqueuses, pas de raie blanche.

La polyurie persiste, La diarrhée est un peu moindre ; depuis trois jours, il n'y a eu que trois selles par jour, pâteuses, peu odorantes, mais trop abondantes pour la quantité d'aliments ingérés. Pas de coliques, pas de vomissements, pas d'anorexie. Le malade réclame à manger et mangerait davantage s'il n'avait pas peur d'être dérangé la nuit par le besoin d'aller aux cabinets. Le charbon, le benzonaphtol, le tannigène sont restés sans effet sur la diarrhée.

Langue bonne, pouls à 80 ; la petite poussée fébrile est passée.

18 *mai*. — Le malade se lève tous les jours, reste debout une partie de la journée, et se promène un peu dans la salle ; mais il se fatigue toujours dès qu'il a fait quelques mouvements, et est obligé de s'asseoir un instant avant de pouvoir faire de nouveaux mouvements. Hier, il a pu écrire, en se reprenant fréquemment, deux lettres.

La diarrhée ne s'est pas modifiée ; toujours un peu d'albumine dans l'urine. Asthénie de plus en plus marquée.

Rien à l'auscultation. La pression au niveau de la fosse iliaque gauche est toujours un peu douloureuse. Rien aux poumons ; pas de toux.

Examen radioscopique : cœur petit, poumons clairs ; le diaphragme se contracte bien.

20 *mai*. — Depuis hier soir, les phénomènes parétiques ont reparu. Ils ont commencé par les membres inférieurs, et, au bout de deux heures environ, le malade ne pouvait plus se servir de ses quatre membres. L'état est absolument le même ce matin qu'il y a dix jours. La seule différence à noter c'est qu'il semble que les membres droits soient légèrement plus intéressés que les membres gauches. Réflexes rotuliens toujours normaux.

22 *mai*. — L'accès a duré juste 48 heures. La petite élévation thermique qui l'accompagnait a cessé ce matin et les phénomènes parétiques ont disparu. Ce matin, le malade s'est levé comme d'habitude ; il est assis à côté de son lit au moment de la visite, il a pu s'habiller seul, avec quelques reprises, et est allé sans aide aux cabinets.

Pendant la durée de ces deux accès, il n'y a eu aucun trouble de l'alimentation, aucune difficulté de la déglutition.

27 *mai*. — Pas de nouvel accès de paralysie, mais la faiblesse a augmenté depuis deux jours ; les mouvements sont devenus très pénibles et ne peuvent se répéter sans repos ; les muscles se contractent tous, mais très faiblement, et se fatiguent presqu'instantanément. Le malade reste au lit presque tout le temps, parce que, dit-il, cette

lassitude rapide l'épuise. Il a d'ailleurs maigri et pâli notablement.

La diarrhée a diminué. Une seule selle diarrhéique par jour depuis trois jours. Alimentation bonne. Polyurie et albuminurie persistantes.

28 *mai*. — Parésie très marquée des quatre membres, du tronc, des muscles du cou, de la nuque, apparue cette nuit, tard, car le malade a pu se lever encore vers deux heures du matin pour aller à la chaise. On constate en outre ce matin une parésie des plus nette de la langue ; le malade peut à peine la tirer hors de la bouche, et il a une grande difficulté à déglutir. Les masséters ne sont pas intéressés et il semble qu'il y ait un peu de paralysie faciale bilatérale. Le diaphragme fonctionne bien.

Pouls à 90 ; mictions spontanées. Rien aux yeux.

29 *mai*. — Le malade est mort ce matin à 5 heures. Pendant la journée du 28, les phénomènes de paralysie se sont accentués et généralisés. A partir de 6 heures du soir, le malade ne pouvait plus faire un seul mouvement, ni déglutir ; le pouls s'est accéléré. Jusqu'à la dernière minute le malade a semblé conserver toute son intelligence.

Poids du malade pendant son séjour à l'hôpital : 5 mai, 46 kilos ; 12 mai, 45 k. 500 ; 19 mai, 45 kilos ; 26 mai, 44 kilos.

Autopsie : 30 *mai* 1911. A l'ouverture du cadavre, on ne note aucune disposition anormale des viscères ; pas d'épanchement dans les plèvres, ni dans le péritoine. Pas d'œdèmes.

Poumons. — Aspect extérieur normal. Aucune adhérence. A droite, un peu d'engouement de la base ; aucune cicatrice ni de traces de tuberculose. Même état à gauche.

Cœur. — Pas d'épanchement dans le péricarde ; pas de taches laiteuses. Volume normal. Pas d'insuffisance des orifices à l'épreuve de l'eau, ni de modifications des appareils valvulaires en dehors d'une très petite plaque jaune d'athérome sur la grande valve de la mitrale.

Quelques plaques jaunes d'athérome insignifiantes sur l'aorte thoracique.

Corps thyroïde. — Volume et aspect normal, soit à l'extérieur, soit sur les sections, sauf un très petit noyau calcifié gros comme un pois dans le lobe droit.

Reins. — Un peu volumineux, avec un parenchyme pâle, mais sans altération apparente ; la capsule se détache facilement et bien.

Foie. — Volume normal. ; aucune modification apparente.

Rate. — Pas d'altération macroscopique.

L'*estomac* et l'*intestin* ont été ouverts et examinés sur toute leur longueur ; on n'a pu y déceler aucune altération, sauf une légère augmentation de la vascularisation dans la dernière portion de l'iléon.

Rien aux *capsules surrénales.*

Poids des organes :

Cœur : 500 grammes.

Poumons, droit : 500 grammes ; — gauche : 350 grammes.

Foie : 1.300 grammes.

Reins : 170 grammes (chacun).

Rate : 120 grammes.

Corps thyroïde : 35 grammes.

On a enlevé l'encéphale, la moelle, et prélevé des fragments des nerfs sciatiques (droit et gauche), et médian (à gauche au bras, à droite au poignet). On n'a noté aucune modification macroscopique.

L'*examen histologique* a porté soit sur les capsules surrénales, et les reins, soit sur divers fragments de tissus nerveux. Il a été absolument négatif en ce qui concerne des fragments d'écorce cérébrale, le bulbe et la protubérance. A ses différentes hauteurs (région cervicale, renflement brachial, région dorsale, renflement lombaire), la moelle montra une légère infiltration anormale de petites cellules rondes, mais sans aucune altération des cellules nerveuses, en particulier avec intégrité des grands éléments des cornes antérieures.

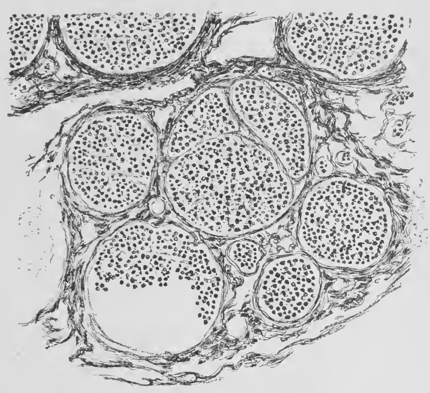


FIGURE 1, — Coupe transversale du nerf sciatique gauche. (*Weigert-Pal*).

Les fibres nerveuses saines (colorées en noir), sont beaucoup moins nombreuses que normalement. Un grand nombre ont disparu, ou sont très grêles.

Au contraire, l'examen des *nerfs* montra par les méthodes de Marchi, de Weigert-Pal, par le carmin, etc., des altérations évidentes, anciennes et en évolution, surtout périaxiles.

Si l'on ne tient pas compte des troubles viscéraux (diarrhée, albuminurie, etc.), les symptômes se résumaient à la très grande fatigabilité dans le domaine des muscles des membres et du tronc, et aux accès d'impotence absolue qui duraient de un jour et demi à deux jours. Il n'existait, ni dans le cours de ces accidents, ni dans leur intervalle, aucune autre modification : en particulier aucun trouble subjectif ou objectif de la sensibilité, aucun trouble de la marche (en dehors de celui inhérent à l'asthénie), aucune modification des réflexes ; aucune perturbation psychique. L'évolution se fit en 15 à 16 mois, avec une première période d'asthénie intermittente et variable, comme dans la plupart des myasthénies, puis avec l'apparition des troubles parétiques périodiques avec persistance d'une asthénie de plus en plus marquée.

L'étiologie restait assez obscure : ni paludisme, ni infection connue, ni caractère familial ou héréditaire ; il existait seulement un certain degré d'alcoolisme ancien.

A l'entrée du malade, la connaissance anamnestique des paralysies transitoires avait fait porter le diagnostic de « paralysie périodique des extrémités » : mais l'existence d'une asthénie très remarquable, — malgré sa limitation aux muscles des membres et du tronc, — comme aussi le début par des alternatives d'amélioration et d'aggravation de ces phénomènes, obligèrent à mettre au premier plan le syndrôme asthénie, et à classer avant tout la maladie dans le cadre des rares « myasthénies spinales ». Les crises de « paralysie », constatées dans le service à trois reprises, avaient quelques caractères spéciaux, — en particulier la persistance intégrale des réflexes, — qui les firent considérer comme des paralysies asthéniques. On n'avait pu pratiquer aucun examen électrique. Il faut noter enfin comme phénomène très particulier, le rapport des paroxysmes parétiques avec l'élévation thermique ; il est remarquable

à ce propos de constater que l'état d'impotence paraissait bien succéder au mouvement fébrile : ce fait est particulièrement net pour la troisième et dernière crise observée (voyez la courbe). Il ne peut guère être interprété qu'en

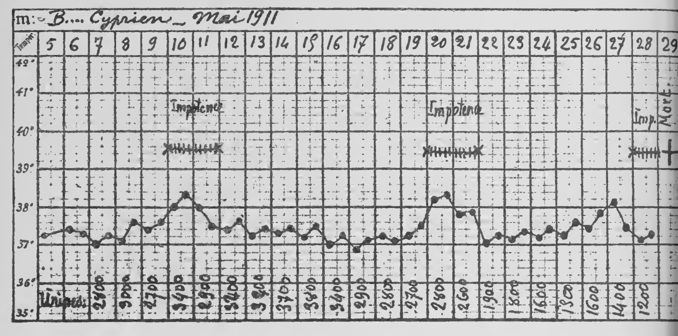


FIGURE 2. — Courbe thermique.

Les accès de paralysie transitoire (marqués d'un trait haché) correspondent aux poussées fébriles ; celles-ci paraissent cependant précéder ceux-là.

faisant dépendre le trouble nerveux épisodique d'une poussée infectieuse ou toxi-infectieuse. Les urines n'avaient pu être étudiées en détail au point de vue de leur toxicité ni du caractère des échanges ; mais elles avaient présenté de l'albumine en plus ou moins grande quantité pendant tout le séjour du malade à l'hôpital ; et elles avaient diminué considérablement de quantité dans la dernière semaine.

L'*autopsie* se montra négative au point de vue des viscères si l'on en excepte le très petit nodule calcifié de la thyroïde, manifestement sans grand intérêt ; on ne put en particulier déceler aucune trace d'une affection générale (tuberculose) ou locale (intestin), en rapport avec la diarrhée, l'albuminurie, et l'amaigrissement progressif. Les lésions du système nerveux central, elles aussi, étaient minimes ; seules les altérations importantes des troncs périphériques méritaient d'être retenues.

On peut déduire de cette observation les propositions suivantes :

1° *Il peut exister, comme on en a d'ailleurs déjà rapporté de rares exemples, des myasthénies graves à topographie uniquement spinale.*

2° *L'existence de paralysies asthéniques intermittentes, sur un fond de myasthénie devenu permanent, permet de rapprocher la « myasthénie » des « paralysies périodiques des extrémités » de Westphal-Oppenheim. Celles-ci, comme celle-là, paraissent constituer un cadre temporaire.*

3° *Une polynévrite peut avoir comme seule expression clinique un syndrome myasthénique avec paroxysmes parétiques ; sans autres troubles de la motilité, sans modification de la sensibilité ni des réflexes, sans perturbation psychique.*

4° *Il est probable que dans ces cas la modification de la conductibilité nerveuse commande la fatigabilité pathologique, et que des épisodes toxi-infectieux peuvent exagérer ce trouble fonctionnel jusqu'à la paralysie transitoire.*

Note sur l'Hémilésion de la moelle (Syndrome de Brown-Séquard post-traumatique)

par M. G. GREIDENBERG, Privat-Docent, à l'Université de Kharkow.

Parmi diverses formes de l'hémiplégie spinale, une place à part revient à celle qu'on désigne sous le nom de paralysie ou de syndrome de Brown-Séquard. L'histoire de cette affection est très instructive, en ce qu'elle présente un cas assez rare de pathologie humaine où l'expérience clinique a été précédée par l'expérience physiologique. La littérature de cette question remonte à la première moitié du siècle précédent, aux fameuses recherches de Brown-Séquard sur

l'hémisection de la moelle, qui parurent entre 1846 et 1850, et formèrent bientôt un nouveau chapitre dans la physiologie du système nerveux cérébro-spinal. Ayant attiré l'attention des physiologistes les plus en vue, tels que Schiff, Vulpian, Ferrier et autres, ces recherches contribuèrent grandement à nous éclairer sur la structure et les fonctions de la moelle, ainsi que sur les altérations pathologiques de cette dernière. Le côté physiologique du problème avait soulevé une longue discussion qui n'est pas encore close jusqu'à présent ; quant au côté clinique, il n'a rencontré presque aucun dissentiment et le syndrome de Brown-Séquard est rentré, depuis longtemps, dans la pathologie de la moelle épinière.

Le tableau clinique de cette affection semble avoir été çonnu déjà par Morgagni, qui en décrit un cas dans son œuvre capitale *De sedibus et causis morborum;* des cas isolés ont été décrits ensuite par Monod, par Ch. Bell et par Gintrac, mais sans appréciation de leur pathogénèse, qui n'est devenue compréhensible qu'après les recherches de Brown-Séquard.

Comme syndrome des deux principaux phénomènes de la paralysie motrice d'un côté du corps et de la paralysie sensorielle du côté opposé, la paralysie de Brown-Séquard se rencontre dans toute une série d'affections de la moelle épinière ; dans la myélite, dans les scléroses disséminées, dans la syringomyélie, dans les cas de tumeurs cérébrales, etc., et l'observation n'en est pas assez rare pour que chaque nouveau cas méritât d'être décrit. Mais certains cas, qui se rencontrent plus rarement, offrent un intérêt particulier, car ils présentent une expérience physiologique sur l'homme. Nous parlons des formes traumatiques de cette affection qui se développent après une lésion de la moelle. Tel est justement le cas suivant observé, en 1902, à l'Hôpital de Zemstwo de Kharkow :

S..., jeune paysan de 17 ans, avait reçu, dans une rixe, deux coups de couteau, un à la joue gauche, l'autre dans la partie gauche du cou. Il tomba et resta un instant sans connaissance ; revenu à lui-même, il se trouve hors d'état de marcher et doit être emporté à la maison.

Chez lui il resta près de quinze jours couché et, finalement, le 3 mars 1902, fut transporté à l'hôpital.

A l'examen, il fut trouvé de petite taille, mais bien conformé et assez bien nourri. Le visage assez régulier : la partie gauche plus développée que la droite dont l'innervation semblait affaiblie. La langue atteinte du tremblement fibrillaire. L'œil gauche semblait un peu ressortir ; la pupille gauche, plus rétrécie que la droite ; les réactions pupillaires normales. L'ouie semblait plus faible du côté droit que du côtè gauche, le tic tac d'une montre étant perçu du côté gauche à 20 centimètres, du côté droit seulement à 18.

Sur la joue gauche, on remarquait une cicatrice longue de 3 centimètres dans la direction du haut en bas et d'arrière en avant ; derrière le cou, également du côté gauche, une autre cicatrice longue de un demi centimètre.

Les deux extrémités gauches étaient paralysées, mais d'une manière incomplète ; l'extrémité supérieure plus, l'inférieure moins. La marche et la station debout étaient également impossibles, l'épaule gauche fortement abaissée, les mouvements volontaires de celle-ci, considérablement limités, et la résistance aux mouvements passifs affaiblie, les muscles de l'arc scapulaire de l'avant-bras et de la main nettement atrophiés, notamment du deltoïde, du grand pectoral en partie, des muscles extenseurs de l'avant-bras et de l'éminence thenar.

La circonférence de l'épaule et de l'avant-bras était en centimètres :

			Côté droit	Côté gauche
Entre le tiers supér. et le tiers		moyen de l'épaule .	27 1/2	24
—	moyen —	infér. —	24 1/2	23 3/4
—	supér. —	moyen de l'av.-bras.	25	22
—	moyen —	infér. —	20 1/2	17

A l'extrémité inférieure gauche, on voyait une atrophie analogue, mais moins prononcée, des muscles de l'arc pelvien ; la plante du pied dans la position du pied équin.

La sensibilité du côté gauche était normale, du côté droit affaiblie surtout aux impressions thermiques, moins aux piqûres et encore moins au contact. L'affaiblissement commençait, par devant, à la deuxième cote, derrière à la limite de la deuxième vertèbre pectorale.

La sensibilité électro-cutanée, mesurée avec l'appareil de Dubois-Raymond (par le Dr Boïno-Rodsewitsch) avait donné les chiffres suivants :

	Côté droit	Côté gauche
Poitrine	80	85
Ventre	83	92

	Côté droit	Côté gauche
Omoplate	73	84
Avant-bras	86	88
Epaule	85	92
Cuisse (dans le tiers moyen)	68	78
Genou (dans la région du muscle et du mollet)	65	75
Plante (surface postérieure)	65	75

La sensibilité locale et la faculté de définir la position des membres étaient normales du côté droit, affaiblies du côté gauche. Un contact léger à la main ou une altération légère de sa position n'étaient pas perçues du tout ; des altérations plus vives étaient définies d'une manière peu précise.

Les phénomènes vaso-moteurs étaient plus nets du côté gauche que du côté droit. La température périphérique, plus élevée du côté gauche, notamment aux degrés suivants (par le Dr Josephowitsch) :

	Côté droit	Côté gauche
Front (dans la région fronto-orbitaire externe)	34,6	35
Cou (dans la région des muscles pectoraux et de la clavicule)	35,2 2	35
Cou (surface postérieure) angle	35,3	35,5
Dos (quatre doigts en dedans de l'os scapulaire)		
Bras (dans la région des biceps)	33,6	34
Bras (à la surface supérieure du muscle deltoïde)	33,5	33,9
Bras (dans la région de l'éminence thenar) Jambe	32,2	32,6

Les reflexes cutanés du côté droit étaient dans l'état normal : les réflexes ventraux, un peu affaiblis. Du côté gauche, ils faisaient totalement défaut. Les réflexes tendineux étaient, par contre, affaiblis du côté droit, surtout aux tendons d'Achille, exagérés du côté gauche.

L'examen de l'excitabilité musculaire au courant électrique (Dr Boïno-Rodsewitsch) a révélé des altérations de cette dernière du côté gauche ; diminution de l'excitabilité faradique et altération de l'excitabilité galvanique sous forme de réaction de dégénérescence partielle.

Excitabilité faradique :	Coté droit	Côté gauche
Pouce (éminence thenar)	93	92
Avant-bras : muscles pronateurs	95	84
Avant-bras : muscles extenseurs	88	85
Epaule : muscles du biceps	111	88
Epaule : muscles du deltoïde (partie moyenne)	108	92
Epaule : muscles du deltoïde (partie extérieure)	100	98
Poitrine (grand pectoral)	105	98

Excitation galvanique :

Grand pectoral (portion scapulaire)	Kat 2,9 MA An. 2,9 MA	=
Deltoïdes (partie postérieure)	Kat 2,6 MA An. 1,5 MA	K A
Long supinateur	Kat 2,5 MA An. 2,6 MA	=
Omoplate inférieur	Kat 6,5 MA An. 6,0 MA	K A

Les données ci-dessus se répartissent de la manière suivante de chaque côté du corps :

Côté gauche : paralysie motrice des deux extrémités, atrophie des muscles des arcs scapulaire et pelvien, pertes des réflexes cutanés, exagération des réflexes tendineux et vaso-moteurs, élévation de la température périphérique, abaissement du sens musculaire et altération de l'excitation électrique des muscles.

Côté droit : abaissement de la sensibilité générale (surtout à la température et à la douleur).

L'ensemble de ces symptômes correspond tout à fait à la forme de lésion spinale connue sous le nom de syndrome de Brown-Séquard. Dans le cours ultérieur de la maladie, il importe de relever les phénomènes suivants :

Un mois environ après l'entrée du malade à l'hôpital, on a pu constater une certaine amélioration dans les mouvements des extrémités paralysées. A la fin d'avril, il commença à se déplacer et au mois de juin, put marcher déjà. Dans la suite, son état resta stationnaire et, au mois de décembre, peu avant sa sortie de l'hôpital, pouvait être caractérisé en termes suivants :

Les parésies du côté gauche restaient les mêmes, mais s'exprimaient plus faiblement. Dans l'extrémité supérieure, l'amélioration concernait surtout les muscles de l'épaule : les muscles de la main, beaucoup moins. Dans l'extrémité inférieure, le rétablissement des mouvements était plus marqué : le malade marchait librement. La distribution des troubles sensoriels restait la même, mais la différence entre les deux côtés du corps était moins marquée. Les troubles du sens musculaire, des fonctions vaso-motrices et de la température périphérique se manifestaient surtout dans la main : elle restait froide, bleuâtre et légèrement enflée.

En résumé, la distribution des troubles sensoriels et moteurs restait toujours la même : du côté gauche, paralysie des mouvements ; du côté droit, paralysie de la sensibilité.

L'examen du cas que nous venons de décrire, et la vérification des symptômes d'après la littérature actuelle du syndrome de Brown-Séquard, ont mis en lumière les faits suivants :

Quelles que soient les divergences d'opinion dans l'appréciation des détails, le schéma général établi par Brown-Séquard se confirme chaque fois. Il comprend la paralysie motrice du côté qui correspond à la lésion, et la paralysie sensorielle du côté opposé. Ce schéma forme la base du tableau clinique de l'affection, mais le désaccord de l'expérience sur les animaux, avec les expériences cliniques faites sur l'homme et les controverses nées à ce sujet, ont considérablement élargi les cadres de ce dernier. Avec cela, on ne distingue pas assez les cas d'origine traumatique de ceux qui se rencontrent dans les maladies symptomatiques de la moelle. Pourtant, cette distinction est indispensable, car tandis que les cas du premier groupe présentent presque toujours des formes pures de cette affection, les cas du second groupe donnent un tableau mélangé, ou, au contraire, moins différencié.

Comme symptômes constants, on reconnaît aujourd'hui du côté de la lésion : 1) une paralysie motrice des extrémités : hémiplégie, hémiparaplégie, ou encore plus souvent, hémiparaparésie ; 2) une exagération de la sensibilité : hypéresthésie ou hypéralgésie ; 3) paralysie des fonctions vasomotrices avec élévation de la température périphérique ; 4) abaissement du sens musculaire ou perte complète de celui-ci ; 5) abaissement du sens des vibrations ; 6) abaissement des réflexes cutanés ou perte complète de ces derniers ; exagération des réflexes tendineux ; 7) athropie musculaire. Du côté opposé, : paralysie des réactions sensorielles sous forme d'anesthésie ou d'analgésie.

A ceux-ci, on voit s'ajouter maintenant des altérations de la vue (rétrécissement de la pupille correspondante, diminution de la fente oculaire, affaiblissement du tonus de l'œil), des fonctions vasomotrices (sueurs unilatérales ou rougissement de la peau), le priapisme, etc., selon la situation du traumatisme le long de la moelle.

Les symptômes précités ne s'observent, bien entendu, pas tous à la fois ; leur développement dépend, non seulement de l'endroit, de la force, de l'étendue de la lésion, mais encore du moment où on arrive à observer la maladie.

Les paralysies sont généralement incomplètes ou partielles ; très peu stables, elles se transforment souvent en parésies ou se manifestent sous forme d'un simple affaiblissement des fonctions motrices. L'extrémité supérieure se montre généralement plus atteinte que l'inférieure, les muscles extenseurs plus que les muscles fléchisseurs. Une étude détaillée de Mann, sur les degrés de paralysie des muscles de la jambe, a prouvé que ce dernier dépend de leur participation à la marche.

L'hypéresthésie du côté correspondant à la lésion est un symptôme constant de la paralysie de Brown-Séquard, mais elle n'atteint pas toujours le même degré. Dans les cas où elle fut trouvée absente (Albrecht, Beck, Boehlman, Schraeder, Vorster), on peut supposer une hémilésion incomplète. Oppeinhem l'a trouvée peu prononcée, moins, par exemple, que l'hypéresthésie dans le tabes, et admet qu'elle est purement apparente, n'étant qu'un contre-coup de l'abaissement ou de la perte de la sensibilité du côté opposé, mais nous maintenons, quant à nous, qu'elle se produit dans tous les cas. Seulement, elle passe assez rapidement et, chez les malades examinés longtemps après l'accident, peut très bien être déjà absente.

L'anesthésie du côté opposé est aussi parmi les symptômes constants de cette maladie, mais peut différer en degré et en extension. D'après la théorie de Brown-Séqurad, elle devait s'étendre à toutes les formes de la sensibilité, à l'exception du sens musculaire, mais l'expérience clinique n'a pas confirmé cette manière de voir. Elle a montré que la force et l'étendue de l'anesthésie étaient bien variables. Dans la majorité des cas, les troubles de la sensibilité se distribuent de telle manière que la sensibilité tactile se trouve conservée, l'anesthésie ne s'étendant qu'à la sensibilité thermique et aux sensations douloureuses. Mann l'a constaté dans les deux tiers de ses cas. Se basant là-dessus,

certains auteurs (Brissaud, Jérémias), considèrent une distribution de ce genre comme étant typique pour le syndrome de Brown-Séquard et, comme le même phénomène se produit dans la syringomyélie, ils partent d'un type syringomyélitique. Il arrive, cependant, que l'anesthésie se réduit à une hypoesthésie en ceinture et disparaît assez rapidement. Dans un petit nombre de cas, on a, enfin, observé des troubles du sens de pression (Petren).

Le sens musculaire, selon Brown-Séquard lui-même, devait faire défaut du côté paralysé et se conserver du côté anesthésié. Les observations cliniques le confirment, pour la plupart, quoique dans certains cas la conservation ait été constatée aussi bien du côté paralysé (Albrecht, Amberger, Fédermann, Fischer, Knoor). Les cas, plus rares, où la perte s'étendait aux deux côtés (Oppenheim) font supposer une extension de la lésion à travers la ligne médiane de la moelle. Schittenhelm ayant trouvé, chez un malade de la clinique du professeur Kast, que la faculté de définir la position des membres, absente du côté anesthésié, était à peine atteinte du côté paralysé, s'est mis à étudier cette question et a fini par conclure que le sens musculaire doit être tout à fait séparé de la faculté de localisation (la position des membres). Le sens musculaire, surtout en ce qui concerne la perception du lieu dans l'espace, est déterminé par les fonctions motrices de l'organisme, tandis que la faculté de définir la position des membres dépend de l'état de sensibilité tactile, autrement dit des sensations de la surface cutanée. Schmidt confirme bien la distinction faite par Schittenheim, mais ne partage pas ses conclusions dernières concernant la sensibilité cutanée. Rauzier et Rimbaud ont également trouvé la faculté de localisation intacte, malgré un trouble profond de la sensibilité interne et aussi de la conductibilité dans les os et les articulations.

Les réflexes restent d'habitude sans changement du côté anesthésié, rarement avec une légère exagération ; quant au côté paralysé, les réflexes cutanés y sont généralement affaiblis ou absents, les réflexes tendineux et surtout les patellaires exagérés. Dans quelques cas isolés, on a observé le

clonus plantaire et le réflexe de Babinski. L'exagération des réflexes patellaires est quelquefois précédée d'un affaiblissement ou d'une disparition momentanée (Amberger, Bendt, Edwards, Federmann, Oppenheim, etc.), ce qui concorde tout à fait avec les expériences de Ferrier sur l'hémisection de la moelle sur les singes. Il se peut, par suite, ainsi que le remarque Kocher, qu'un phénomène de ce genre soit de règle, dans la paralysie de Brown-Séquard et précède toujours l'exagération des réflexes, échappant seulement à l'observation à cause de sa courte durée. La littérature de cette question contient des indications très variées. Ainsi, dans les cas de Vucetic, les réflexes font totalement défaut ; dans le cas de Borntager, du côté paralysé, outre les réflexes tendineux, les réflexes patellaires sont aussi exagérés ; dans le cas de Coutaud, immédiatement après la lésion de la moelle, les réflexes patellaires se montrent exagérés, puis ils disparaissent aussi bien d'un côté que de l'autre pour ne reparaître que du côté paralysé, tandis que les autres réflexes font défaut des deux côtés. Maillard, Lyon-Caen, et Moyrand, expliquent la perte momentanée des réflexes tendineux du côté paralysé comme un résultat du choc traumatique.

Les fonctions de la vessie et du gros intestin ne sont généralement pas atteintes, mais dans quelques cas (Zavadsky, Huguier et Bernard, Horazdovsky), on a observé au début, une rétention de l'urine et des excréments, suivie après de phénomènes d'incontinence, ce qui devrait résulter d'une extension de la lésion à l'autre moitié de la moelle.

Dans le cours ultérieur de la paralysie de Brown-Séquard, on observe quelquefois une série d'autres phénomènes, d'un caractère secondaire, dus à la dégénérescence des voies sensorielles et motrices de la moelle. Ces phénomènes peuvent être de trois ordres : moteurs, sensoriels, et trophiques.

Les phénomènes moteurs : rigidité et tension des muscles paralysés, convulsions, contractures, tremblement, troubles de l'association des mouvements et ataxie motrice (Bode, Fischer, Hilbert, Ludwig et Mann, Vix, etc.), rentrent dans la catégorie des troubles posthémiplégiques et servent

d'expression clinique aux dégénérescences secondaires des vaisseaux pyramidaux de la moelle. Le tableau est le même que dans les hémiparésies cérébrales d'origine organique. Quant à l'incoordination des mouvements du caractère ataxique, elle se poursuit généralement dans la période du rétablissement de la motilité volontaire, et peut, avec le retour de celle-ci, disparaître complètement.

Parmi les phénomènes sensoriels, les douleurs qui se produisent tantôt du côté paralysé, tantôt de l'autre, ont été signalées par Brown-Séquard lui-même et décrites par toute une série d'auteurs (Brendt, Borntrager, Charcot, Enderlen, Hoffmann, Kocher, Müller, Raymond, Vix). Outre cela, on a constaté et décrit diverses paresthésies, rappelant la sensation des fourmis dans les organes (Albanese, Hoffmann, Kocher, Mann). Enfin, dans la même catégorie des phénomènes réflexes, rentrent aussi les convulsions toniques sans douleurs du côté paralysé, mais accompagnées de douleurs du côté opposé, qui ont été décrites par Oppenheim sous le nom de *spasmodynia cruciata*.

Les troubles trophiques ; atrophie musculaire, affections articulaires, décubitus, ont été observés par Borntrager, Charcot, Kioer, Renzi, Zavadsky, Peugniez et Philippe. Les atrophies musculaires peuvent se développer : 1) par suite de l'inaction des membres paralysés, sans variations de l'excitabilité électrique des muscles ou avec un abaissement quantitatif de celle-ci ; 2) par suite d'un arrêt dans la croissance du squelette du côté des membres paralysés, comme on l'observe dans l'hémiplégie spastique infantile ; 3) par suite d'un arrêt des innervations qui partent de la moelle en dessous de la lésion, surtout dans le cas d'une hémorragie capillaire de la corne antérieure (Oppenheim).

Klippel et Chabrol proposent de distinguer deux formes du syndrome de Brown-Séquard : la forme complète, c'est-à-dire typique, et la forme incomplète où ils distinguent trois sous-types selon la prépondérance, dans le tableau clinique, des troubles sensoriels, sympathiques et trophiques.

Dans une forme tout à fait pure, le syndrome de Brown-Séquard ne peut généralement être observé que peu de

temps après la lésion de la moelle. Dans le cours ultérieur de la maladie, le tableau clinique a une tendance à se déformer, surtout en ce qui concerne le rapport des troubles moteurs aux troubles sensoriels : les premiers s'améliorent plus vite, les seconds plus lentement. Au dire de Röseler, les paralysies de la vessie et du gros intestin disparaissent ou durent de deux à quatre semaines, puis vient le tour de la paralysie des extrémités, de l'inférieure d'abord, puis de l'extrémité supérieure. La faculté de marcher se rétablit, en moyenne, au bout de quatre semaines. La disparition des troubles sensoriels demande beaucoup plus de temps, quelquefois plusieurs années. L'hypéresthésie passe encore relativement vite, tandis que l'anesthésie peut persister pendant des années. Ainsi, dans les cas de Charcot, Pick, Schittenhelm, Wagner et Stolper, elle a été constatée au bout de huit ans, dans celui de Kioer au bout de douze, dans celui de Schmidt au bout de treize, dans celui de Reusz au bout de dix-huit ans ; Brown-Séquard lui-même l'a trouvée sans changement au bout de vingt ans, Herhold a reconnu tout le tableau de la maladie au bout de vingt-sept ans, après la lésion de la moelle, et Hesdörfer même au bout de quarante-six ans. En ce qui concerne les complications qui se produisent sous forme d'hémorragies, de congestions, etc., quelques-uns disparaissent assez rapidement et sans traces, tandis que d'autres servent de point de départ aux dégénérescences secondairse (Enderlen).

L'issue finale du syndrome de Brown-Séquard dépend généralement de toute une série de conditions : de l'endroit de la lésion, de l'étendue de celle-ci, de la force du caractère et de l'étendue des lésions concomitantes. Sur 67 cas recueillis par Enderlen, la guérison a été obtenue 5 fois (7,46 %), une certaine amélioration 47 fois (70,14 %), et 15 cas ont été marqués par une issue fatale (22,38 %). D'après la statistique de Roseler, qui embrasse 46 cas médico-légaux de ce genre, l'issue mortelle forme :

Pour la lésion de 2 vertèbres cervicales supérieures.	71,4 %
Pour la lésion de 4 vertèbres cervicales supérieures.	53 %
Pour la lésion de 3 vertèbres cervicales inférieures.	23 %

Pour la lésion de toute la région . . . . 40 %
Pour la lésion de la région dorsale . . . . , 31,2 %

La statistique la plus récente, qu'on trouve chez Werner, comprend la répartition suivante : guérison complète : 13.4 % ; amélioration lente, 61,2 % ; issue mortelle, 20,40 %.

Les améliorations qui se produisent dans le syndrome de Brown-Séquard s'expliquent : 1) par l'absorption des hémorragies qui se sont produites dans la moelle ; 2) par la résorption des exsudats inflammatoires dans celle-ci ; 3) par l'activité compensatrice de la région qui est restée indemne (Leyden et Goldscheider). Il se peut aussi que certaines voies nerveuses soient susceptibles de régénération partielle. Contrairement à l'opinion établie, nous avons là-dessus des indications formelles (Henneberg, Lewandowsky). Rappelons enfin que, d'après Amberger, l'issue mortelle dans le syndrome de Brown-Séquard résulte, la plupart des fois de l'infection qui accompagne le traumatisme.

Le mécanisme du syndrome de Brown-Séquard ne cesse pas, depuis un demi-siècle, de passionner les physiologistes, se rattachant au problème toujours irrésolu de la marche et du croisement des voies nerveuses afférentes. Il a fait naître une vaste littérature, aussi bien clinique que physiologique, qui se complète toujours par des recherches. Les expériences de Brown-Séquard avaient fait conclure que les voies conductrices du mouvement et du sens musculaire montent dans la moitié correspondante de la moelle sans se croiser, et se croisent plus haut, probablement dans la moelle allongée, tandis que les conducteurs de la sensibilité cutanée se croisent dans la moelle même. Cette thèse avait été plusieurs fois ébranlée par des recherches ultérieures, maïs finalement a été restituée dans sa forme primitive et, avec quelques détails complémentaires, peut être considérée comme solidement établie. La plupart des auteurs, aussi bien parmi les physiologistes que parmi les cliniciens, admettent que les voies conductrices de la sensibilité douloureuse et de la sensibilité thermique passent dans les colonnes latérales et celles de la sensibilité cutanée dans les colonnes postérieures du côté opposé à la lésion, tandis que les voies conductrices

du sens musculaire passent dans les cordons postérieurs du côté homonyme (1). Les observations cliniques induisent à conclure que chez l'homme le croisement des voies sensorielles est incomplet, car, dans certains cas d'hémilésion de la moelle, on trouve une anesthésie incomplète du côté opposé et, d'autre part, un certain affaiblissement de la sensibilité du côté homonyme (Seletsky, W. Bechterew).

Comme conducteur des sensations douloureuses et à la fois des sensations thermiques, on reconnaît aujourd'hui le faisceau antéro-externe et antéro-latéral de la moelle, qui porte le nom de Gowers. Les lacunes anatomiques concernant les terminaisons supérieures de ses fibres, qui n'étaient poursuivies que jusqu'au bulbe, se trouvent aujourd'hui comblées par des recherches aussi bien expérimentales que cliniques (Blumeneau). Dans son travail sur les troubles des sensations douloureuses et thermiques, Laehr conclut que, chez l'homme, les voies conductrices de ces dernières entrent dans la corne postérieure du côté homonyme de la moelle, se croisent dans la substance grise et ressortent de cette dernière pour se continuer en des faisceaux parallèles dans la direction centrale. La destruction de ces voies dans la substance grise entraîne un trouble segmentaire de la sensibilité, généralement du côté homonyme, tandis que la destruction des colonnes blanches produit une anesthésie qui s'étend sur la partie inférieure du côté opposé du corps. Piltz affirme aussi l'existence d'une voie spéciale pour les sensations douloureuses et thermiques anatomiquement différente des voies de la sensibilité tactile et du sens musculaire. Pour lui, la direction de cette voie s'indique de la manière suivante : racine postérieure, corne postérieure, commissure antérieure de la substance grise, faisceau antéro-latéral, et, selon toute probabilité, faisceau de Gowers. Cette voie comprend deux neurones : la cellule du premier est située dans le centre cérébro-spinal, la cellule du second, dans la substance grise du côté opposé de la moelle. Spiller a décrit le cas très instructif d'un

(1) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XXXVI, 3-4, page 302.

malade qui avait souffert du trouble des sensations douloureuses et thermiques aux deux extrémités inférieures, et chez qui l'autopsie a révélé une lésion bilatérale des faisceaux de Gowers. D'autre part, certains cas où on observe une altération inégale de ces deux formes de la sensibilité et même la perte de l'une indépendamment de l'autre, permettent de supposer que les voies conductrices de ces dernières se distinguent encore entre elles (Darkschewitch).

Les voies conductrices des sensations tactiles montent dans les cordons postérieurs du côté opposé de la moelle, probablement dans les fibres exogènes de ces derniers. A leur entrée dans la substance grise de la moelle, elles se croisent apparemment d'une manière moins complète que cela n'a lieu pour le sens douloureux et le sens thermique. Certains auteurs (Lewandowsky), admettent ici l'existence de deux voies : dans la colonne postérieure pour la sensibilité homonyme, et dans la colonne latérale pour la sensibilité croisée.

Les voies conductrices du sens musculaire se trouvent aussi dans les colonnes postérieures, mais seulement du côté homonyme ; apparemment aussi dans les fibres exogènes.

La question concernant l'existence des voies spéciales, pour le sens de la pression (Petren) et pour la perception indépendamment du sens musculaire, de la position des membres (Schittenhelm), reste jusqu'à présent ouverte. Nous ne saurions indiquer, dans cette direction, que le travail tout récent de Resnikow et Josephwitch (1909), qui ont conclu que « la sensation générale du contact se transmet par les faisceaux latéraux des deux côtés de la moelle, tandis que la sensation de la pression trouve sa voie dans les cordons postérieurs du côté homonyme (1) ».

En 1906, parut un travail de Rothmann qui, de nouveau, a jeté un certain trouble dans l'étude de ce problème. S'étant proposé de reviser la doctrine de la conductibilité centripète de la moelle, Rothmann avait fait, d'une part, une série d'expériences sur les chiens en dissociant et en

(1) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XXXVI, 3-4, page 302.

suturant certains faisceaux de la moelle, et d'autre part, avait passé au crible de sa critique tous les cas connus dans la littérature du syndrome de Brown-Séquard, qui étaient d'origine traumatique et avaient abouti à l'autopsie. Les expériences l'ont fait conclure que, chez les chiens, aucune forme de sensibliité n'a de voies conductrices spéciales, ni dans certains faisceaux, ni même dans certaines parties de la moelle. Les sensations suivent, d'après lui, plusieurs voies qui peuvent se remplacer l'une l'autre. Quant aux dix cas de paralysie de Brown-Séquard qui ont été le mieux décrits et poursuivis jusqu'à la mort du malade (Albanese, Alessandrini, Courtin, Fontan, Jolly, Major, Muller, Neumann, Peunier-Philippe et Weiss), il en a conclu que, même pour l'homme, la théorie de la conductibilité croisée des sensations douloureuses et thermiques était inexacte. D'après lui, la conduction des sensations douloureuses se rétablit plus ou moins dans la partie homonyme de la moelle. Si, normalement, la plus grande partie du courant passe par le cordon antéro-latéral croisé, on ne peut tout de même nier qu'une partie passe aussi par la colonne antéro-postérieure homonyme. La sensibilité thermique, par contre, a une conduction presque exclusivement croisée et, si elle se rétablit du côté homonyme de la moelle, ce n'est que dans une mesure tout à fait insignifiante. En ce qui concerne la sensibilité tactile et la sensibilité à la pression, Rothmann les distingue nettement l'une de l'autre. Le sens de la pression a, d'après lui, une conduction principalement croisée et, en partie seulement, homonyme, intéressant aussi bien les cordons latéraux que les pylones antérieur et postérieur. La sensibilité tactile doit avoir deux voies différentes, une dans le faisceau postérieur homonyme, l'autre dans le faisceau antérieur croisé, et, en cas de destruction de tous les deux, paraît s'abolir totalement. Enfin, le sens du lieu a ses voies du côté homonyme, principalement dans les faisceaux antérieurs, en partie aussi dans les latéraux et les postérieurs, mais, en cas de destruction de ceux-ci, peut trouver une transmission compensatrice dans les faisceaux croisés.

En résumé, Rothmann conclut que la théorie de Brown-Séquard ne peut être retenue ni pour les vertébrés supérieurs, ni pour l'homme. Il affirme que les diverses formes de la sensibilité s'assimilent tout à fait aux impulsions motrices, c'est-à-dire possèdent plusieurs voies conductrices qui, en cas de besoin, se remplacent l'une l'autre. Il en résulterait, pour l'organisme, un moyen de défense contre la perte des fonctions sensorielles et un moyen de rétablissement par des voies nouvelles, comme cela s'observe couramment pour les fonctions motrices. Ceci expliquerait, d'autre part, le fait si frappant, dans les hémilésions purement traumatiques, d'un rétablissement complet des unes et des autres, après une perte temporaire plus ou moins prolongée.

Le travail de Rothmann, mettant en cause les recherches de W. Bechterew et de Holtzinguer, a provoqué de leur part des répliques fort justes et, même parmi les compatriotes de l'auteur, n'a pas trouvé beaucoup de partisans.

Il a déjà été dit plus haut que les variations du tableau clinique dans le syndrome de Brown-Séquard dépendent de plusieurs facteurs et, entre autres, de la situation du traumatisme le long de la moelle. Il en résulte naturellement deux questions subsidiaires : 1° Faut-il conclure que n'importe quelle hémilésion de la moelle, à n'importe quelle hauteur, produit le syndrome de Brown-Séquard ? 2° Faut-il penser qu'à la hauteur de la lésion correspond un tableau clinique déterminé ?

La première question peut être résolue par les moyens seuls de l'anatomie. Comme le syndrome de Brown-Séquard se rattache à la lésion des voies sensorielles croisées, il est évident qu'une lésion des segments inférieurs, du sacrum et du cône terminal, ne peut pas l'entraîner. Certains cas, qui semblent résulter d'une lésion unilatérale sacrée, s'expliquent par l'extension du processus aux parties supérieures de la moelle. La seconde question paraît bien plus complexe, ayant trait à des localisations différentes et à des symptômes variables. Le mieux est de se baser ici sur

les schémas qui ont été élaborés par Mann et par Raymond. Le premier, ayant étudié la distribution des paralysies dans le syndrome de Brown-Séquard avec un soin tout particulier, a distingué quatre types en rapport avec la localisation du traumatisme :

Localisation du traumatisme :	*Symptômes* :
I. Au-dessus des noyaux moteurs de l'extrémité supérieure ; au-dessus de l'établissement cervical.	I. Paralysie spastique du bras et de la jambe, sans altération notable des réflexes.
II. A la hauteur de l'épaississement cervical.	II. Paralysie atrophique faible avec réaction de dégénérescence du bras et paralysie spastique de la jambe.
III. A la hauteur de la voie pyramidale de la région pectorale.	III. Paralysie spastique de la jambe seule.
IV. A l'endroit du noyau moteur de la jambe.	IV. Paralysie atrophique faible avec réaction de dégénérescence de la jambe.

Raymond, de son côté, a proposé les quatre types suivants, en tenant compte de tous les cas qui ont été décrits jusqu'en 1906 :

Localisation du traumatisme :	*Symptômes* :
I. Au niveau des vertèbres pectorales inférieures.	I. Paralysie motrice de la seule extrémité inférieure ; troubles de la sensibilité n'atteignant pas les racines des extrémités inférieures.
II. Au niveau des vertèbres pectorales moyennes et supérieures.	II. Paralysie motrice et trouble de la sensibilité dépassant les racines des extrémités inférieures et embrassant une partie du tronc.

III. Au-dessus de la sixième vertèbre verticale.	III. Paralysie motrice et sensorielle des extrémités supérieures et du tronc avec altérations assez fréquentes du grand sympathique et du glosso-pharyngien.
IV. Dans la partie supérieure de la moelle, au-dessus de la protubérance cervicale.	IV. Paralysie motrice et sensorielle de toute la moitié supérieure du corps, comprenant le cou, la nuque et le visage.

Les lésions cervicales sont surtout caractérisées par des paralysies homonymes des fibres pupillaires et vaso-motrices du nerf sympathique, qui n'émanent pas du centre de Budge, mais descendent tout le long de la partie cervicale de la moelle. Lorsque celle-ci est atteinte dans l'espace entre la moelle allongée et la première vertèbre dorsale, on observe, de règle, un rétrécissement de la pupille homonyme, une diminution de la fente oculaire produite par l'abaissement de la paupière supérieure, un affaiblissement du tonus de l'œil accompagné de vaso-dilatation réflexe et de maux de tête.

Dans le cas décrit dans ce travail, la cicatrice se trouvait entre le quatrième et le cinquième intervalle osseux, c'est-à-dire que la section de la moelle devait tomber entre la sixième et la septième paire de nerfs cervicaux (Hente). Les troubles sensoriels y correspondent entièrement et nous pouvons conclure que la section atteignait le cordon postérieur et le faisceau latéral de la moitié gauche, tandis que le cordon antérieur et la moitié droite de la moelle restaient intacts.

ASSISTANCE
ET
THÉRAPEUTIQUE

Le traitement éducateur des névroses en cure libre

par M. Paul-Émile LÉVY (de Paris).

A notre dernier congrès, j'avais eu l'honneur de porter devant vous une question certainement importante, celle de la *cure libre*, opposée à la méthode classique de l'isolement jusque-là préconisée dans les névroses ; et le Congrès voulut bien accorder aux arguments que je développe en faveur de ma thèse, une attention dont je lui demeure reconnaissant.

Vous ne m'en voudrez pas de revenir aujourd'hui sur cette question capitale. Certes, depuis que je l'ai formulée, l'idée a fait son chemin. La méthode de l'isolement ne se soutenait, comme je vous le disais, que par habitude, par force acquise, parce qu'elle se maintenait à l'écart de toute discussion. Elle pouvait difficilement résister à une étude quelque peu approfondie, fondée, comme j'ai essayé de le faire, à la fois sur le raisonnement et sur les observations de la pratique. Et, de fait, je vous montrerai tout à l'heure

que les auteurs qui veulent continuer à maintenir l'isolement dans la grande majorité des cas de névroses, tout en ayant perdu déjà quelque peu de leur intransigeance, n'ont même pas tenté de faire quelqu'objection aux raisons que j'avais mises en avant.

D'autre part, cependant, si les idées des médecins qui s'étaient laissé imposer l'isolement, comme tant d'autres médications systématiques, dont l'évolution ultérieure a montré le mal fondé, se sont déjà sensiblement modifiées, si on isole moins, on isole encore beaucoup trop, sans grande raison, ou même sans raison. C'est une loi psychique, que vous connaissez, que les idées ont besoin d'être hautement renforcées pour que les faits s'en suivent. Or, il n'est pas nécessaire (comme cela est arrivé déjà, dans le domaine de la neurologie, pour d'autres doctrines que je ne veux pas évoquer ici), que la doctrine de l'isolement, d'ores et déjà condamnée, j'ose le dire, sauf quelques rares exceptions que j'ai signalées déjà et rappellerai à nouveau ici, se survive longtemps à elle-même, pour le plus grand dommage des malades et de la science elle-même. Et c'est pourquoi je tiens à vous montrer encore pourquoi doit lui être substituée la cure, la plus naturelle, au fond, dans toute maladie, la cure libre.

Comme précédemment, j'invoquerai tout d'abord les faits, en y ajoutant quelques commentaires, puis les arguments de raison. Les faits, je vous les signalerai moins d'ailleurs pour appuyer la thèse de la cure libre, que pour vous montrer combien l'isolement est parfois appliqué contre tout motif valable.

Je serai bref sur les cas de *neurasthénie*, bien que ce soit, avec ceux d'hystérie, presque les seuls que visent les auteurs, que j'aurai, plus loin, à argumenter. J'avoue mon étonnement de voir encore étalée cette doctrine de l'isolement constamment nécessaire. J'ai pu pratiquer la cure libre dans les cas de grand, et, en apparence, complet épuisement physique et moral ; même dans ces cas, le repos absolu est, d'ailleurs, rarement, totalement indispensable, ou ne

l'est que très passagèrement. Mais, même s'il faut un repos physique, n'est-ce rien pour la mère de famille, par exemple, que de pouvoir conserver un certain contrôle sur la direction de son ménage, de demeurer en rapports suffisants avec son mari, ses enfants, et, enfin, à mesure que l'amélioration se produira, de pouvoir reprendre, progressivement, sur place, sans qu'il y faille une double accoutumance de la vie habituelle à l'isolement, de l'isolement à la vie habituelle, — ce dernier terme pouvant, d'ailleurs, être aléatoire et devenir, point important sur lequel j'insiste, l'occasion de rechutes, — reprendre, dis-je, sa vie coutumière ?

Prenons maintenant d'autres cas, des cas de *phobies*, d'*agoraphobie*, tout d'abord, affection sur laquelle je m'expliquais, récemment, à la Société de Thérapeutique : « S'il est une catégorie de névroses, disais-je, pour lesquelles l'isolement soit non seulement inutile, mais nuisible et formellement contre-indiqué, ce sont assurément les phobies, et en particulier l'agoraphobie. Les malades qui ont été ainsi enlevés à la vie active sont toujours, l'expérience me l'a montré, plus pénibles et plus difficiles à guérir que les autres, et cela ne se conçoit que trop aisément, puisqu'ils se sont déshabitués de marcher et d'agir, et doivent refaire ultérieurement un complet réapprentissage..... Les phobies, *maladies du courage* (et toutes les névroses ne sont-elles pas, à quelque degré, entachées de phobie ?) ne sont nullement justiciables de ce mode de traitement trop passif, trop lâche, qu'on me passe l'expression, jusqu'aujourd'hui préconisé : isolement et repos. Elles doivent relever d'une thérapeutique plus courageuse, plus ferme, plus agissante, qui s'efforce, avec toute l'énergie voulue, et aussi, certes, avec tout le tact nécessaire, de dégager et d'obtenir d'emblée du malade tout ce qu'il est possible de ses facultés de réaction et de volonté (1).

Voici encore divers cas de *phobies des couteaux*, autrement

---

(1) P.-E. Lévy. L'agoraphobie et son traitement éducateur en cure libre. *Société de Thérapeutique, avril 1911.*

dit de malades craignant de tuer, un mari, sa femme, une mère, ses enfants, que j'ai pu mener à bien dans un délai de deux à trois mois. Pour ne consigner que le dernier, l'isolement avait été formellement conseillé. Je disposai la vie de mon malade, de telle sorte qu'il put prendre le repos nécessaire et les distractions utiles, et, en même temps, conserver un contrôle suffisant sur ses affaires. Et le malade me remerciait vivement à la fin de son traitement, non seulement de l'avoir guéri, mais de l'avoir guéri dans ces conditions, en lui évitant des pertes sensibles. Il y a là un point de vue auquel nous n'avons certes pas le droit de demeurer indifférents.

Voici encore, pour citer un fait bien caractéristique : un malade que j'eus occasion de soigner, il y a peu de mois, pour *timidité* pathologique. Or, à ce malade, avait été appliqué l'isolement, deux années auparavant, pendant plusieurs mois, sans résultat appréciable. Ne sentez-vous pas tout le paradoxal, pour me contenter de ce mot, d'une telle thérapeutique : écarter de toute action un malade, dont la maladie est précisément de ne pas oser agir ? Et parallèlement, je relaterai, en revanche, l'observation d'une malade atteinte d'obsessions à forme religieuse, d'interrogation constante sur elle-même. Le confrère qui me l'adressa, reconnut par lui-même combien serait peu justifié, en pareil cas, l'isolement qui la mettrait plus encore en contact avec elle-même, que ce qu'il fallait avant tout, c'était de l'entraînement actif, de l'action, — dont, bien curieusement, le traitement clinique nous parle si peu ! — qui constitue, en effet, pour les idées obsédantes, le plus énergique, le plus puissant des dérivateurs : c'est ce que ne tarda pas à montrer le résultat même du traitement institué suivant ces indications.

Les idées que je défendais, je vous le disais, ont fait leur chemin. Dans certaines publications, on n'emploie plus ce mot au sens rigoureux du terme. On lui associe une épithète. On parle d'isolement relatif. On paraît mieux comprendre qu'en même temps qu'on exerce une action thérapeutique

sur le malade, il importe d'agir également sur l'entourage, sur les proches, pour avoir un résultat sérieux et durable.

Dans un ouvrage classique, les *Principes de Thérapeutique* de Manquet, je lis ceci : « L'isolement, beaucoup plus employé au début de la psychothérapie qu'aujourd'hui, avait pour but de supprimer les influences fâcheuses, provenant de l'entourage, les habitudes, et la répétition des impressions qui avaient favorisé ou entretenu l'état morbide, et les préoccupations extérieures. Il avait l'avantage de soustraire le malade à toute action suggestive, de nature à entraver l'action exercée par le médecin. Mais on a observé depuis que le retour dans le milieu habituel était souvent une occasion de rechutes, que, d'autre part, l'isolement laissait au malade toute liberté de se confiner dans ses idées tristes. Aussi, en a-t-on singulièrement restreint l'importance.

J'avais dû surtout m'élever, en préconisant la cure libre, contre les doctrines du Dubois (de Berne), et de Dejerine. Dans un ouvrage très remarquable certes, mais trop exclusif, trop unilatéral, et ne mettant en relief que le seul point de vue moral, le premier de ces auteurs, après quelques restrictions préalables, n'en indiquait pas moins très formellement que la psychothérapie persuasive, telle qu'il la pratique, trouvait de meilleures conditions de mise en œuvre dans le traitement de Wer-Mitchell. Dans son rapport d'il y a trois ans, au Congrès de Genève, le Dr Dubois paraît attacher beaucoup moins d'importance à ces conditions auxiliaires. « Il n'a plus jamais, dit-il, recours à l'isolement, à moins qu'il ne s'agisse d'éliminer des influences familiales absolument fâcheuses. » Ces influences familiales fâcheuses sont, en réalité, je l'ai déjà marqué, beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit. Mais, même lorsqu'elles sont réellement existantes, est-ce toujours une indication à faire la séparation du malade d'avec son entourage ? Je ne le crois nullement ; car, à moins de prolonger l'isolement d'une façon permanente, le seul moyen d'avoir une cure vraie, malgré ses difficultés, et même à cause d'elles, est de faire la cure libre. Sans quoi, l'expérience le démontre, on s'expose à

une récidive immédiate. Quoi qu'il en soit, je ne veux retenir ici que cette atténuation déjà apportée à la rigueur primitive de la doctrine. Si Dubois n'a pas vu que la logique même du traitement, bien placé sur le terrain éducateur, implique la cure libre, au moins ses restrictions aux opinions d'abord soutenues me mettent-elles en excellente posture, et rendent-elles mon argumentation plus aisée à l'égard de ceux qui restent encore les défenseurs, dans la très grande majorité des cas, de la méthode d'isolement.

S'il me fallait, en effet, fournir une preuve des progrès déjà réalisés par la thèse que je défends, comme aussi de de la nécessité qu'il y a à la mieux faire ressortir encore, je la trouverais dans le nouveau livre que M. Dejerine vient de consacrer aux manifestations fonctionnelles des psychonévroses, et à leur traitement par la psychothérapie.

Il suffit de prendre connaissance des notes mêmes du précédent ouvrage, écrit par MM. Camus et Pagniez, sous l'inspiration de M. Dejerine, pour voir l'importance primordiale alors attachée par celui-ci à l'isolement. Isolement et psychothérapie, ces deux termes, ces deux procédés, dès l'intitulé du livre, se trouvaient étroitement rapprochés, et mis en même valeur, et restaient intimement unis dans tout le cours de l'ouvrage.

Aujourd'hui, sous l'influence évidente des idées qui se sont déjà répandues à ce sujet, l'affirmation se fait beaucoup moins catégorique. On a soin d'établir des degrés dans l'isolement : isolement absolu ou claustral, isolement du cadre et du milieu, isolement du cadre seul ou du milieu seul ; et ces divers échelons semblent bien déjà, si je puis dire, former les échelons d'un mouvement de retraite. On proteste enfin contre toutes ces systématisations, auparavant préconisées, contre lesquelles j'avais dû m'élever, dans le traitement des névroses.

Il est vrai qu'à cette même occasion, et par un retour assez singulier, M. Dejerine s'élève lui aussi contre la doctrine de la cure libre soi-disant systématique. Dois-je rappeler que je m'étais par avance prémuni, vacciné, contre cette objection, puisque j'écarte de la cure libre divers cas,

entre autres (et peut-être même ici, certaines observations me pousseraient à faire aujourd'hui quelques réserves), l'anoréxie dite hystérique, comme tous ceux où l'esprit du malade, profondément faussé, peut n'être accessible qu'à certains moyens d'éducation quelque peu frustes ; les cas encore où l'agitation du malade, trop intense, peut être une cause de trop grave perturbation pour l'entourage, cas, d'ailleurs, se référant plus aux psychoses qu'aux névroses (1). Mais, pour tout le reste des névroses, pour tout ce qui constitue, dans l'ouvrage, l'immense majorité des cas que nous avons à traiter, neurasthénies, psychasthénies de toute nature, phobies, obsessions, je ne crains pas d'être taxé de systématique, en préconisant pour toutes la cure libre.

Il me sera encore permis de regretter que M. Dejerine n'ait pas, tout en parlant de « cure libre », non pas cité mon nom, ce qui n'a, je le dis sincèrement, qu'une importance fort médiocre, mais n'ait nullement discuté, ce qui est plus grave, aucune des raisons qui militent, ainsi que je l'ai montré, en faveur de la cure libre, et qui avaient paru à beaucoup présenter une assez sérieuse valeur. Ce n'est assurément pas une favorable présomption en faveur d'une doctrine scientifique que de se refuser ainsi, *de plano*, à la discussion de toutes objections qui lui sont posées.

Et c'est bien là, en effet, le trait essentiel qui marque la doctrine de l'isolement. Celle-ci, comme je l'ai toujours dit, ne peut se maintenir, qu'en répudiant toute controverse, à l'état d'un dogme. Dans celui-ci on a bien voulu apporter quelques atténuations, quelques conclusions. Le dogme n'en persiste pas moins, et ce qu'il a paru tout à l'heure accorder en gros, nous allons maintenant le voir dans le détail, chercher à le reprendre progressivement.

Une fois établis les principes que je viens d'indiquer, que voyons-nous, en effet ? Il nous dit que, dans les crises nerveuses, les simples crises de nerfs, si facilement curables

(1) P. E. Lévy. Neurasthénie et névrose, leur guérison définitive en cure libre, p. 367.

par rééducation, ainsi que je l'indiquais dans une étude déjà ancienne, « il est *impossible* (ce sont les expressions mêmes de l'ouvrage) d'obtenir une sédation des symptômes en laissant le malade dans sa famille ». Ce sont encore (je continue à citer l'ouvrage même) des indications *précises* d'isolement, quand le sujet a trouvé dans un mauvais milieu familial la cause de sa neurasthénie, quand cette famille le traite de malade imaginaire, ou, par ses inquiétudes répétées, entretient le sujet dans ses conceptions maladives. L'isolement est encore indiqué de façon *formelle*, si la malade, mère de famille, a conservé l'amour de son intérieur, et ne peut se dispenser de régler ses devoirs de femme et de maîtresse d'intérieur. De même encore, si le sujet, neurasthénique depuis des années, plus ou moins phobique, atteint de multiples manifestations fonctionnelles, a toujours vécu dans le même cadre : la maladie, nous dit-on, est en quelque sorte, accrochée aux murs mêmes qui l'entourent, au moindre des objets qui sont à portée de sa main. « Comment, ajoute-t-on, dans ces conditions, lui demander *d'oublier*, puisque c'est là le fin mot de la spychothérapie, ses manifestations fonctionnelles : donc, ici encore isolement *obligatoire* ». Dans tous ces cas, l'isolement du cadre et du milieu est *la condition même du traitement psychothérapique*, dont l'action, autrement, serait rendue complètement illusoire. Et, dans le cours intérieur de l'ouvrage, nous trouvons l'isolement prescrit pour les cas de céphalée persistante, l'insommie, voire même dans les simples pseudogastropathies. On se demande, en vérité, à part les cas de neurasthénies légères, de celles que traite tout médecin, même non spécialiste, quels cas échappent aux indications de l'isolement, ainsi compris et formulé.

A tout ceci, je répondrai bien simplement : « Ce sont là affirmations très catégoriques, mais aventurées, auxquelles les faits eux-mêmes viennent s'opposer. Dans toutes ces conditions, que vous récusez, non pas même comme défavorables, mais comme absolument inacceptables, et pour lesquelles vous décrétez l'isolement obligatoire, j'ai pu

traiter et guérir des malades, plus solidement même qu'on n'aurait pu le faire dans l'isolement. Ceci n'est pas avancé à la légère. Nombre de collègues ou de maîtres m'ont vu traiter dans ces conditions des malades sérieux, graves, ou même très graves, et les mener à bien. »

Mais à mon tour, je reprendrai l'offensive, et je dirai : « Comment ne voyez-vous pas que votre argumentation se retourne et plaide contre vous-même ? Si la maladie est, en quelque sorte, comme vous le dites, accrochée, non pas seulement aux personnes, mais aux moindres objets qui entourent le malade, si vous pensez que le fin mot de la psychothérapie (conception absolument insuffisante, à mon sens) est d'*oublier*, et qu'il faille, pour cette raison, l'en écarter totalement, comment ne pas comprendre que la maladie aura grand chance de se reproduire, une fois que le contact sera repris entre le malade et son milieu ordinaire, et que le souvenir se réveillera fatalement ? »

C'est là précisément, de par l'expérience des malades, la grave objection que j'ai faite au traitement par l'isolement, et à laquelle je n'ai trouvé aucun essai de réponse dans l'argumentation que je viens de reproduire fidèlement. Les *rechutes* condamnent l'isolement, et elles sont fréquentes. Et si les partisans de l'isolement n'en ont pas parlé, tout simplement parce qu'ils ne sont pas appelés à les observer, tous les médecins, tous les praticiens qui sont appelés, en quelque sorte, à voir l'*erreur* du traitement, suivant à nouveau le malade, une fois sorti de la cure d'isolement, ont leur opinion faite à cet égard. Et pour cette raison même, je les ai toujours trouvés tout prêts, après quelques explications de ma part, à se rallier à la thèse de la cure libre.

Or, ces rechutes sont impossibles dans la cure libre, telle que je la conçois et pratique, parce que celle-ci constitue pour le malade une véritable éducation de la résistance, parce que je l'y entraîne à réagir, à triompher sur place, dans le vu même des difficultés qui s'opposent à lui. Je fais ainsi de cette cure un véritable endurcissement, un aguerrissement aussi complet que possible, en accoutumant le malade, à la fois, avec toute l'énergie et le doigté nécessaires,

à se rendre maître de toutes ses impressionnabilités particulières. Une maxime qui, en effet, doit toujours être présente à l'esprit du médecin qui traite les névroses, c'est celle-ci : « *Ce qui importe dans le traitement de ces affections, et pour la guérison, c'est bien moins encore la disparition des symptômes, qui peut être simplement de façade, que la réaction de plus en plus consciente et vigoureuse que le malade doit apprendre à leur opposer.* « (1)

Cette éducation de la résistance et de la volonté, où j'ai depuis longtemps synthétisé tout le traitement des psychonévroses, comment, en vérité, la concevoir dans les conditions de vase clos, d'éloignement de toute difficulté et de toute existence active qu'implique la méthode d'isolement ? Comment ne pas comprendre, au contraire, qu'elle trouvera son vrai milieu, son développement le plus favorable, dans la cure libre, faite au sein de la vie elle-même. Education de la volonté, cure libre : ces deux termes sont intimement unis, inséparables l'un de l'autre. Aussi, appuyé sur la logique comme sur les faits, je ne puis douter que la doctrine, disons mieux, la pratique de la cure libre, dont je vous ai montré les progrès certains, déjà vieille, ne doive l'emporter dans un avenir prochain, sur la méthode erronée dans son point de départ, et, en fait, inutilement vexatoire pour les malades, de l'isolement.

De l'utilisation des débiles mentaux de l'armée

par M. CHAILLY (d'Amiens).

A côté des cas avérés de débilité mentale, qui sont reconnus lors de la revision et nécessitent l'exemption du service, il existe des cas frustes ou latents qui peuvent plus ou moins longtemps passer inaperçus ; un jour cependant, on remarque

(1) Cf. *ouv. cit.*, page 385.

des troubles de l'affectivité, du sens moral, de la volonté, parfois une ébauche seulement de ces troubles, mais suffisante néanmoins pour rendre nécessaire une décision immédiate.

Pour certains de ces sujets, la discipline ne peut être que salutaire, chez des anormaux, par exemple :

N.... signale son arrivée au régiment par une série de méfaits (vols, voies de fait sur ses camarades sans motif aucun) ; après plusieurs séjours à l'infirmerie et bon nombre de réprimandes, il se décide à faire son service ; actuellement très bon soldat.

Les mêmes résultats peuvent être obtenus chez des émotifs, des inattentifs, et même dans des cas de troubles de l'affectivité :

T...., engagé volontaire, a quitté ses parents avec lesquels il ne pouvait s'entendre ; après quelques mois de service, prétend ne pouvoir vivre éloigné de sa famille et joue le désespoir ; est envoyé en permission de convalescence et rentre avant l'expiration de cette permission « en ayant assez de ses parents ». Depuis cette époque (il y a 2 ans), il fait tout son service.

Le régiment est donc une bonne école pour certains débiles, mais à une condition : qu'une surveillance très sévère soit exercée sur eux ; les moindres manifestations morbides doivent être dépistées, et pour arriver à ce résultat, il faut développer dans le milieu militaire des connaissances de psychiâtrie et ce, par des conférences aux officiers, aux sous-officiers, aux élèves officiers de réserve. En présence d'un cas suspect, le médecin peut utiliser la mise en observation à l'infirmerie, noter les renseignements recueillis sur un carnet confidentiel analogue à celui des syphilitiques et soumettre le sujet à des visites périodiques ; il ne reste plus qu'à prévenir et conseiller les gradés chargés de l'instruction et ainsi se trouve appliquée à ces « malingres mentaux » la méthode qui donne de si bons résultats pour les pelotons d'entraînement spécial.

Il ne faut pas néanmoins se berner d'espoirs chimériques : bon nombre de ces sujets ne peuvent faire des combat-

tants ; inutiles souvent et parfois dangereux en temps de paix par les exemples fâcheux qu'ils donnent à leur entourage, ils seraient dangereux toujours en compagne. En revanche, le service auxiliaire permet encore leur utilisation ; les résultats que nous avons observés sont des plus satisfaisants ; citons un cas au hasard :

W...., au cours d'une manœuvre de garnison, brise son fusil et s'enfuit. Acte non prémédité, d'une exécution naïve. N'a pu être maintenu à l'école ; présente des antécédents héréditaires alcooliques. W.... a été versé par nous dans le service auxiliaire, et depuis un an ne donne plus aucun sujet de mécontentement : il nous a confié qu'il était terrorisé par la brusquerie des commandements.

Dans ce cas, nous considérons que le passage devant le conseil de guerre eût été une erreur, le maintien au service armé un danger, la mise en réforme un fâcheux exemple donné à l'entourage.

Citons un exemple d'un autre genre :

N...., très bon soldat. Étant en sentinelle, dépose son fusil, donnant comme raison qu'il a entendu des voix qui lui interdisaient de se servir d'une arme contre son semblable.

En campagne, un soldat de ce genre serait dangereux ; son hallucination pourrait avoir des conséquences désastreuses ; mais, étant donnée la rareté chez ce sujet de manifestations morbides, il nous semble utilisable encore dans un travail de bureau.

Des auteurs allemands ont proposé déjà l'emploi dans des ateliers des jeunes gens qui ne peuvent servir plus utilement ; l'idée mérite d'être reprise ; la société leur impose bien un métier, pourquoi l'armée n'exigerait-elle pas d'eux le tribut dû par tout citoyen ? Cette mesure a, en outre, l'avantage de moins tenter le simulateur, avec lequel il nous faut toujours compter.

En conclusion : les débiles mentaux doivent être exclus du nombre des combattants dans leur intérêt et dans celui de l'armée. Certains, atteints de troubles frustes ou passagers, peuvent être employés avec profit dans le service auxiliaire

ou dans des ateliers, la réforme trop large privant l'armée d'éléments encore utilisables et donnant une prime à la simulation.

Étude sur l'Enfance anormale, à Cherbourg

par M. WAHL (de Cherbourg).

Grâce à la bienveillance de M. l'Inspecteur d'Académie de la Manche et de M. le Maire de Cherbourg, et avec le concours de M. l'Inspecteur primaire de l'arrondissement, auquel on me permettra d'exprimer ici toute ma reconnaissance, j'ai pu rechercher dans les écoles primaires de Cherbourg (garçons et filles), les enfants anormaux qui pouvaient s'y rencontrer.

Il nous a été impossible d'établir un pourcentage quelconque qui ne fut pas arbitraire, car, si l'on ne tient compte que des plus tarés, un très grand nombre ne viennent à l'école que d'une façon très intermittente, ce qui ne nous a pas permis de les rencontrer tous au moment de notre visite, et si l'on tient compte des cas légers, où commence et où finit l'arriération ?

Il ne suffit pas, en effet, qu'un enfant présente des tares dégénératives et qu'il soit en retard dans l'école qu'il fréquente, pour être un arriéré au point de vue psychologique ; son éducation a pu être retardée soit par des affections du jeune âge, se succédant rapidement et nuisant à son assiduité, soit par la négligence des parents (faux arriérés des auteurs). Souvent aussi et c'est là le point le plus important, sinon le plus nouveau de la question, l'arriération scolaire est à la fois fonction des absences injustifiées de l'enfant, et des causes mêmes de ces absences injustifiées : en effet, c'est au sein des familles les plus pauvres, lés plus chargées

d'enfants, que se rencontrent à la fois la négligence et l'ivrognerie, la tuberculose et les autres facteurs étiologiques de la dégénérescence mentale. La misère surtout est fréquente dans la population des ports, refuge de tous les sans-travail de la région, écume où se rencontrent les excès de tous genres, la ripaille alternant avec les privations, la famine après les excès de boissons. A Cherbourg en particulier, bien des hommes employés sur le port sont d'anciens matelots de l'Etat, plus fréquemmentd'anciens coloniaux qui ont contracté dans leurs lointains voyages la syphilis, la dysenterie, les infections palustres, toute la longue série des endémo-épidémies des pays chauds. Le milieu est donc très favorable au développement et à l'étude des dégénérescences.

Naguère encore, les salaires étaient très bas dans cette partie de la Normandie, et l'on sait aussi que c'est dans cette région de la France que sévit le plus la terrible plaie de l'alcoolisme : quoique très répandu et contrairement à ce qui est partout ailleurs la règle, c'est à la Ville que l'on rencontre le moins d'alcooliques : la campagne est plus frappée de ce vice, parce que l'ouvrier de la ville est obligé d'acheter et par conséquent de payer en argent l'eau-de-vie qu'il consomme, tandis que dans les campagnes environnantes, le paysan est bouilleur de crû et consomme sa propre récolte. A Cherbourg, pendant l'exercice clos (1910), la moyenne de la consommation alcoolique à 100° a été par tête d'habitant de 8 litres 34, tandis que dans certains cantons du département de la Manche, elle dépassait 13 litres. Je dois ces chiffres à l'obligeance de M. le Directeur des Contributions indirectes de la Manche.

Je dois pourtant dire que si l'on ne peut pas se rendre compte de la fréquence de l'arriération mentale à cause de la désuétude dans laquelle est tombée la loi du 30 mars 1882, on doit remarquer que, toutes choses égales d'ailleurs, l'assiduité est plus grande à la ville qu'à la campagne, car l'enfant à la ville n'est guère employé que pour garder ses petits frères et sœurs et s'il manque l'école, c'est bien souvent à l'insu des parents, qui fort souvent d'ailleurs, mettent une dose énorme de bonne volonté à ne pas s'aper-

cevoir des escapades ; tandis qu'à la campagne et malgré les lois, bien des jeunes enfants trouvent à s'occuper comme petits domestiques de culture, lorsque ce ne sont pas les bestiaux de leurs parents qu'ils gardent. La croisade pour l'ignorance peut être prêchée dans certains pays reculés, elle n'aura jamais de succès en ville où le prix de l'instruction est bien mieux apprécié, ne serait-ce qu'à cause du gain plus élevé que reçoit l'ouvrier instruit. Quel est le manœuvre qui ne regarde pas d'un œil d'envie la paie du compagnon ou de l'ajusteur et qui ne se rend pas compte que cette inégalité est due à la différence d'instruction générale et professionnelle. La négligence des parents à faire instruire leurs enfants est moindre à Cherbourg que dans beaucoup d'autres localités, car d'un côté la Ville et les sociétés privées font beaucoup pour les enfants des écoles et d'un autre, le Bureau de bienfaisance refuse de secourir les familles dont les enfants ne fréquentent point régulièrement les écoles publiques ou privées.

L'examen était fait suivant les règles habituelles de la psychologie appliquée. Je ne dirai qu'un mot sur l'examen de la sensibilité morale qui était fait de la façon suivante : on résumait à l'enfant une historiette ou quelqu'un violait les lois éthiques d'une façon identique ou à peu près aux méfaits dont il s'était rendu coupable ; il reconnaissait la faute et on lui en expliquait les conséquences ; on lui rappelait alors ce qu'il avait fait lui-même et s'il témoignait d'une émotion quelconque, s'il pleurait, s'il éprouvait un repentir qui paraissait sincère, si le jeu de sa physionomie exprimait la honte, on pouvait conclure qu'il avait le sens moral normal ou à peu près. L'anesthésie morale, phénomène assez rare, se traduit par la parfaite indifférence avec laquelle le sujet accueille les reproches qui lui sont faits ou l'air arrogant avec lequel il se vante de ce qu'il a fait de mal. Mais pour être probant, cet examen de conscience doit être fait loin des camarades devant lesquels le jeune vaurien pourrait être tenté de se glorifier de ses mauvaises actions. Un des exemples rapportés plus loin est typique. Cette forme d'anesthésie morale, d'amoralité est rare : on la désigne souvent

sous le nom de « Moral insanity » que lui a attaché l'anglais Pritchard qui la décrivit un des premiers.

Le criminel-né de Lombroso est un type qui diffère de celui dont nous parlons et qui est plus rare encore : le criminel-né de Lombroso est un individu chez lequel le crime est non plus indifférent comme dans le type Pritchard, mais une véritable fonction normale. De plus, d'après l'illustre anthropologiste italien, il y aurait des anomalies somatiques, témoins fidèles de la dégénérescence qu'on rencontre chez les aliénés, chez les criminels, chez les tarés, qui ne sont point quelconques ; il existerait un type criminel spécial se traduisant schématiquement par des anomalies extérieures qui accompagnent les unes les types criminels prédisposés aux actes sanguinaires (assassinat, suicide, blessures, etc.), d'autres aux violences sexuelles (viols, actes sadiques), d'autres encore au dol sous toutes ses variétés. Cette théorie singulièrement exagérée n'a eu qu'un temps, et aujourd'hui les disciples les plus fervents du maître Enrico Ferri, de Blasio, Garofalo, Zaleski, ont une façon de concevoir les choses qui se rapproche beaucoup de celle ne nos maîtres français Magnan, Lacassagne, Tardes, etc., et que j'ai récemment exposée dans un manuel. Le criminel-né n'existe pas tel que le concevait Lombroso, mais il existe des individus entrevus par Pritchard et bien étudiés depuis, qui n'ont qu'un sens moral rudimentaire quelquefois nul, et des signes de dégénérescence dans l'ordre physique : ils ne sont point éducables moralement ou ne le sont point par les méthodes classiques. Ce sont des êtres qui, à moins d'une éducation particulière et fort difficile, sont voués à des existences irrégulières et versent volontiers dans la folie confirmée ou dans le crime. Cette éducation particulière qu'ils doivent recevoir au point de vue moral est ce que le Dr Thulié appelait l'orthophrénopédie. On voit la différence entre la théorie italienne et la théorie française. Alors que l'une voit dans le crime une sorte de prédisposition, de fatum, *d'Ananké*, l'autre ne considére qu'une probabilité, une possibilité, une virtualité, si vous voulez, qui peut se guérir ou s'atténuer, se réaliser ou non. Cet état se rapproche

de celui que Lombroso appelle le criminaloïde, qui est au criminel ce que le mattoide est au fou (ce mot a pour traduction exacte toqué). Modifier un dégénéré, c'est le rendre capable de vivre dans le monde sans verser dans le crime ou dans la folie, ce n'est pas le guérir. De même que l'orthopédiste permet au boiteux de marcher à l'aide d'un tuteur sur sa jambe trop courte, de même l'orthophrénopédiste redresse la « boiterie morale » et permet tant bien que mal de suivre la voie normale.

Je rappelle aussi que Giacomini et après lui Benedikt de Wien, avaient décrit des anomalies du cerveau chez les criminels. Le professeur Debierre, de Lille, a fait justice de ces exagérations, mais nous croyons avec Roncorini que le cerveau des dégénérés en général et celui des criminels, en particulier, présentent des anomalies de développement : à des façons de penser anormales, folles ou extra-sociales, paraissent correspondre des structures anormales de l'édifice cérébral, surtout de ce que le professeur Marinesco appelle l'architectonique de l'organe encéphalique ; ce n'est qu'au prix de fines recherches histologiques que l'on peut mettre ces anomalies en lumière ; ce sont non des lésions, c'est-à-dire des troubles acquis, mais des monstruosités « d'origine » congénitales, des connexions et des éléments de déviations du type, c'est-à-dire en somme des lésions irrémédiables anatomiquement. Mais par une gymnastique cérébrale spéciale, on peut en atténuer ou en supprimer les effets fâcheux en créant des inhibitions par l'habitude, et d'autre part, en créant des connexions par voies collatérales qui ne préexistent point. Empruntons pour nous faire comprendre une comparaison à la vie ordinaire : une ligne télégraphique franchit par un câble mal fait un bras de mer, un estuaire de fleuve, par exemple, le courant électrique passe mal les dépêches arrivent, mais avec un grand affaiblissement du courant. Pour une raison quelconque, d'économie si l'on veut, il y a une impossibilité sinon absolue, du moins suffisamment grave pour qu'on ne puisse passer outre et remplacer le câble. On remonte le courant, on le fait franchir le fleuve avant qu'il ne se forme en estuaire en ligne aérienne, puis

il rejoint sur l'autre rive la ligne primitive : on a ainsi remédié au mal par un branchement. De même dans le système nerveux on arrive par l'habitude à modifier les connexions défectueuses que peut présenter un cerveau.

Même chez les normaux, le but suprême de toute l'éducation n'est-il pas de rendre facile un travail qui était tout d'abord extrêmement pénible : voyez le mal que se donne le jeune enfant pour tracer ses premières lettres ; peu à peu, l'habitude rend le travail plus facile et bientôt il arrivera à écrire sans aucune peine ; de même lorsqu'il apprend une leçon, au fur et à mesure qu'il la répète, les mots s'enchaînent les uns aux autres et ils arrivent bientôt à former un tout que l'enfant récite sans fatigue. Guyau a montré que la mémoire a son siège dans les cellules du cerveau, et tout récemment, le professeur Forel, de Lausanne, a placé le résultat de l'enregistrement des souvenirs dans les éléments nerveux des engrames. Cette facilité de faire un travail intellectuel quelconque n'est-il pas le seul résultat pratique des études longtemps poursuivies, car on sait combien s'oublient facilement dans la vie les sciences étudiées au collège, mais il en reste une virtualité de juger, de concevoir les choses abstruses sans s'embrouiller dans les mots, qui ne sont que les symboles des choses, et d'arriver à embrasser nettement l'enchaînement de la série des opérations intellectuelles : c'est en vertu de la même théorie, qu'industriellement la division du travail est une excellente manière qui permet d'obtenir, en limitant les efforts de chacun, un rendement supérieur et plus rapide.

OBSERVATIONS.

Groupe A. — Pseudo-arriérés et arriérés légers dont les absences ont retardé le développement intellectuel : 7 observations.

Groupe B. — Débiles inférieurs (idiots et imbéciles avec ou sans troubles de la sphère morale, mais chez lesquels c'est la faiblesse intellectuelle qui domine). C'est le groupe le plus nombreux : 340 observations.

Groupe C. — Arriération simple (cas dans lesquels la

débilité est moins profonde que dans les précédents) : 8 observations.

Groupe D. — Nervosisme (hystérie et épilepsie). Intelligence intacte, mais déviée ; crises ou manifestations qui troublent l'ordre des études scolaires : 6 observations.

Groupe E. — Perversions instinctives (impulsions instinctives au vagabondage) : 12 observations.

Observation LVII. — Mythomanie. — Résumé : V..., 11 ans, fille d'alcooliques, mére a de l'inconduite, père mort, manque l'école très fréquemment sans raison valable et chaque fois donne des explications invraisemblables avec aplomb imperturbable ; s'est prétendue victime d'attentats, ce qui a été reconnu faux ; nombreux stigmates dégénératifs.

Observation LVIII. — Mythomanie. — Résumé : Garçon 11 ans. Père mort, était un ivrogne ; mère B... P... Enfant à stigmates nombreux de dégénérescence, invente même sans raison des histoires bizarres où il joue le beau rôle ; poursuivi pour vol et mendicité, masturbateur et dépravé. Apophises lémuriens.

Observation LIX. — Ivrognerie. — Résumé : Garçon 10 ans, boit tout ce qui lui tombe sous la main. Méchant avec ses camarades. Rien d'impulsif, parents alcooliques.

Observation LX. — Perversion sexuelle. — Résumé : Garçon 9 ans, préfère la société des fillettes à celle des garçons ; mord dans les discussions. Père mort de tuberculose.

Observations LXI et LXII. — Vagabondage.

Observation LXIII. — Vol. — Résumé : Enfant très arriéré, insensibilité morale, appendices lémuriens.

Observations LXIV et LXV. — Vagabondage.

Observation LXVI. — Mauvais instincts. — Résumé : S'isole pour pervertir ses camarades.

Observations LXVII, LXVIII et LXIX. — Vols.

On se demandera certainement pourquoi je n'ai pas cherché à mesurer la capacité crânienne au lieu de me contenter d'adjectifs vagues et pourquoi je n'ai point employé le compas de Broca à la mesure des coordonnées anthro-

pologiques. Ces mesures, outre leurs difficultés techniques chez les jeunes enfants qui ne se seraient pas laissé volontiers mensurer, auraient nécessité un temps beaucoup plus long que celui que je pouvais consacrer à ces recherches sur les jeunes arriérés cherbourgeois et ne leur aurait pas donné une précision beaucoup plus grande : en effet, pour comparer les coordonnées anthropométriques, il faudrait les rapporter à un schème comparable, dans l'espèce, celui des enfants de même sexe et de même âge, de même taille et du même milieu, recherches qui eussent entraîné très loin et n'eussent point été réalisables en quelques visites faites dans les écoles et eussent nécessité un véritable laboratoire.

L'évaluation du volume et de la capacité du crâne, mesurées sur le vivant auraient donné des résultats plus intéressants que de simples mensurations linéaires, mais elles étaient encore moins possibles. La plus facile de ces méthodes, celle de P. Parchappe, donne des résultats qui chez l'adulte, ne sont acceptables qu'à 50 c. c. près en plus ou en moins, mais rien ne permet de connaître son degré d'approximation chez l'enfant : il y a donc là une lacune de technique qui enlève à la méthode toute valeur. De plus, elle est totalement inapplicable chez les fillettes à cause de l'épaisseur de la chevelure, suivant les circonstances : c'est pour l'ensemble de ces raisons que je me suis contenté de la méthode subjective dont je ne méconnais pas les inconvénients.

Les faits que j'ai rapportés sont les plus saillants. Je n'ai point voulu faire une œuvre scientifique qui eut manqué de base, car les renseignements sur les familles étaient forcément incomplets puisque je n'ai point pu les examiner moi-même complètement, mais ils offraient un degré de certitude suffisante au point de vue pratique, car MM. les Directeurs d'école connaissent les familles, la réputation qu'elles ont dans leur milieu et ont l'habitude d'apprécier sagement ; cependant la question de l'alcoolisme reste souvent obscure parce que dans les milieux ouvriers des villes on ne considère habituellement comme intempérants que

ceux qui, sous l'empire de la boisson, commettent des actes publics d'incohérence ou de violence qui font scandale. Evidemment, dans toute enquête de ce genre, l'élément syphilis reste ignoré, mais les recherches si précises de Fournier permettront de la soupçonner, bien souvent, grâce aux signes classiques de l'hérédité syphilitique.

Les observations rapportées comprennent des cas de toutes les variétés de l'arriération mentale, depuis l'imbécillité voisine de l'idiotie jusqu'à la dégénérescence supérieure de Magnan, avec perversions instinctives, toutes les subdivisions des italiens ?

Au point de vue scolaire, je me rapprocherai des classifications de Roubinowitch, Charon, Binet et Simon.

Un seul cas, celui de l'observation XV, appartient à un sujet qui me paraît justiciable de l'école-asile, sans essai préalable des autres établissements de redressement.

De l'école internat relèvent surement les vicieux, les en enfants voleurs, ivrognes et vagabonds, et qui comprennent les cas du groupe E. A ceux-là, il faut une surveillance spéciale, qu'ils ne peuvent rencontrer dans leur milieu familial ; peut-être avant de les plaecr dans une école de ce genre pourrait-on essayer le placement hétéro-familial, pour quelques-uns d'entre eux. Paraissent aussi devoir être soumis au régime de l'internat les sujets des observations VIII, XV, XX, XXI, XXII et XXV, mais pas avant d'avoir tenté de l'enseignement médico-pédagogique spécial dans une classe de réforme.

De la classe spéciale relèvent tout d'abord les enfants pseudo-arriérés, auxquels des maladies ou des infirmités n'ont pas permis de suivre l'ordre régulier des études, ceux que la négligence des parents a tenus éloignés de l'école plus qu'il n'aurait fallu (dans ce cas, il faudrait surtout que l'autorité publique veillât à l'application de l'obligation scolaire et que des sanctions véritables fussent prises contre les parents négligents). Les enfants de ces deux catégories sont destinés à reprendre rapidement leur place dans les classes ordinaires où les maîtres les reclasseraient dès que cela serait possible.

Dans les classes spéciales, on placerait aussi les enfants arriérés proprement dits. Une loi récente a tracé les programmes de cet enseignement, qui doit être annexé aux écoles publiques. Quinze élèves au plus doivent former une classe, car la pédagogie de ces enfants doit être individuelle : le maître doit connaître la personnalité psychique de chacun de ses élèves, utiliser ses facultés les plus développées pour favoriser le développement des autres, et doit aussi être habitué à cette pédagogie spéciale dont un examen récemment créé trace les limites.

De telles écoles fonctionnent déjà dans de nombreuses villes, à Bordeaux, à Lyon, à Paris : une création de ce genre serait utile à Cherbourg où le nombre des écoliers arriérés est particulièrement élevé eu égard à la population. Quand je dis des écoles, je me sers d'un mot inexact, c'est classe que je devrais dire ; cette classe serait pour les familles, comparable aux autres, car, pour ne point créer des difficultés insurmontables il ne faut point que, pour leur milieu et leurs camarades, les enfants qui y seraient placés fussent qualifiés d'arriérés, retardataires ou autres nom que l'on remplacerait vite dans le langage vulgaire par le mot brutal d'idiots : ce serait simplement une subdivision de l'avant-dernière classe confiée à un maître particulier pour des raisons de service.

L'école d'anormaux est cet établissement clos dont je parlais à l'instant où l'on place les vicieux, les arriérés les plus gravement atteints : ce n'est plus une institution purement scolaire, mais le caractère est mixte, il participe de la maison-assistance et doit être soumis à la future loi sur le régime des aliénés.

Enfin, pour les idiots proprement dits se trouve l'asile d'aliénés ; là, il ne s'agit plus d'instruction à donner, mais d'apprendre la propreté, la parole articulée, la manière de s'habiller à des infirmes du corps et de l'esprit : ce n'est plus de la pédagogie, c'est de l'assistance pure et simple.

S'occuper des arriérés, des anormaux, c'est non seulement faire une œuvre philantropique, c'est aussi diminuer la criminalité, le vice, la paresse et le vagabondage : c'est

apprendre aux plus déshérités à utiliser leurs faibles moyens pour gagner leur vie au lieu de tomber à la charge de la société, c'est retirer du ruisseau où ils vagabondent les pauvres enfants qui s'ennuient à l'école ordinaire parce que l'enseignement y est trop élevé pour eux : c'est assurer l'avenir en réprimant au début les mauvaises tendances des enfants tarés, en redressant leur moralité chancelante, en leur donnant, par l'éducation le frein qui leur manque, réveiller la conscience qui est insuffisante ou pervertie. C'est diminuer la criminalité juvénile, cet abîme qui s'agrandit sans cesse en retirant au mauvais exemple si contagieux les pauvres enfants inaptes à y résister.

C'est aussi attirer les regards de tous sur les dangers que font courir à la race les empoisonnements volontaires par l'alcool et les autres poisons ethniques et les autres maladies évitables, la tuberculose, la syphilis, le paludisme.

Considérations sur les lésions traumatiques chez les épileptiques et sur la prophylaxie de ces lésions consécutives aux chutes

par M. Pierre ALAIZE (de Saint-Dizier).

Parmi les lésions traumatiques susceptibles de compliquer une attaque d'épilepsie, il faut distinguer :

1° Celles qui sont le fait de l'accès convulsif lui-même (morsures de la langue).

2° Celles qui sont le fait exceptionnel de l'accès convulsif (contractions toniques anormales ; secousses musculaires cloniques violentes ; positions anormales acquises pendant l'attaque ; chocs des membres supérieurs contre la face).

3° Celles qui sont le fait de circonstances extérieures

(suffocation, brûlures, chocs des membres contre des corps durs ou vulnérants pendant les secousses, contention inopportune entravant le jeu des muscles).

4° Enfin celles qui, au début de l'attaque, sont le fait habituel ou non de la chute, s'il y a chute (blessures du segment céphalique ; la face en particulier et ensuite les membres supérieurs sont spécialement exposés).

Les multiples traumatismes, fréquents ou rares, susceptibles de compliquer les attaques d'épilepsie, sont enregistrés çà et là dans la littérature. On a de Fischer un travail important publié en 1902, dans les *Archiven fur Psychiâtrie,* « les accidents chirurgicaux au cours des accès d'épilepsie » ; et dans une thèse française de doctorat (1904), Raymond Bourgeois, qui étudie les « Epileptiques et la Chirurgie », consacre à ces mêmes accidents une partie de son travail.

Touchant les traumatismes qui peuvent être le fait de la chute, je me contenterai de rappeler d'abord, au membre supérieur, la luxation de l'épaule. Mais il faut savoir que la cause des luxations de l'épaule dites récidivantes chez les épileptiques, tient aussi à d'autres facteurs que la chute. Delasiauve soulignait que la luxation de l'épaule était plus observée que celle du coude, mais il avait noté la facilité de la réduction, parfois par « le seul effort du blessé ». Jules Voisin, à propos de la luxation de l'épaule à répétition qu'il relate, dit que, « survenant la nuit elle a été pour Trousseau le signe diagnostique d'une épilepsie méconnue ». De telles luxations ressortissent, à la vérité, pour une part à la violence des contractions musculaires pendant l'attaque et Haskovec (de Prague) s'est attaché à montrer, à la Société de Neurologie, en 1905, dans une communication sur la « luxation habituelle de l'épaule dans les cas d'épilepsie avec antécédents syphilitiques », que : 1° de telles luxations sont rares : 2° qu'elles sont liées à des troubles d'innervation de la capsule. Delasiauve relate la luxation du coude. On cite les fractures de la clavicule, de l'humérus, de l'olécrâne et des os de l'avant-bras (autopsies de Féré). Féré décrit les périostoses chroniques post-traumatiques siégeant aux os de l'avant-bras, au coude. J'ai vu récem-

ment, dans l'important service de M. Sérieux (femmes épileptiques, à Maison-Blanche), une malade porteur d'une déformation bilatérale des deux olécrânes par periostoses (bec de l'olécrâne augmenté dans ses dimensions). J'ai observé un malade avec une semblable lésion unilatérale, du fait de la chute à répétition sur le coude droit. On observe des excoriations cutanées, des hygromas, des durillons, au sommet du coude. On voit encore des lésions fréquentes des téguments à la face externe du bras.

Au membre inférieur, les fractures sont rares ; c'est l'opinion de Féré, et c'est ce que la pratique montre. Les fractures du col du fémur sont mentionnées par Rauzier dans l'épilepsie sénile. On a vu des fractures du fémur, des os de la jambe (chutes d'un lieu élevé).

J'indique en passant la question des fractures spontanées pendant les accès épileptiques, étudiée par Charon dans son mémoire de juillet 1899 (*Annales médico-psychologiques*). Etrangères à la chute, ces fractures étaient le fait de la contention ; mais on trouve dans le travail de Charon des considérations particulières sur lesquelles je veux revenir.

Je passe sur les plaies contuses diversement situées, sur les traumatismes possibles des nerfs, de la cage thoracique, etc... En dehors des désordres traumatiques exceptionnels, un fait domine l'histoire des traumatismes périphériques habituels dans la chute au début de l'attaque, c'est la reproduction du trauma avec choix électif d'un même lieu anatomique. Ceci résulte de la forme de chute et des récidives de la même modalité de chute. Ainsi s'expliquent pour une part ces « ulcérations rebelles à tout traitement en raison de la répétition de l'irritation », dont parle Féré. Mais il ne faut pas confondre, d'une part ce qui tient à la répétition du choc traumatique de chute sur la même région, et d'autre part, ce qui provient de la répétition des traumatismes pendant les périodes toniques et cloniques (frottements, chocs contre le mobilier).

On pourrait dire bien des choses sur le chapitre des morsures de la langue et de la muqueuse des joues, des ampu-

tations, des sections incomplètes, des déchiquettements fréquents, successifs et électifs pour un même bord de la langue ; mais la chute, antérieure aux phases toniques et cloniques, n'entre pas en considération dans la plus ou moins grande fréquence ou gravité des morsures.

Les suffocations, asphyxies, gêlures et brûlures, qui peuvent être le résultat de la chute, dépendent des circonstances extérieures de lieu et de situation.

Chez de nombreux sujets, la face est activement lésée. On enregistre exceptionnellement des fractures des deux maxillaires, surtout le maxillaire inférieur (Delasiauve). Dickins, en 1909, a fait connaître le fait d'un épileptique qui eut quatre fractures successives du maxillaire inférieur pendant ses crises. Ici encore, il convient de distinguer les fractures de chute et celles possibles au décours de l'attaque. Pour M. R. Gowers, la luxation de la mâchoire inférieure est fort rarement constatée après l'attaque. Des lésions des parties molles de la région mentonnière sont connues. On a observé les chutes directes sur le menton (Arthur Claus). J'ai vu un cas d'hématome sous-mentonnier interminable, ayant ce mécanisme. Les lésions dentaires ne se comptent pas. Avec une grande prédilection le nez est atteint ; on y observe des excoriations, des plaies contuses, des fractures et consécutivement des déformations, des périostoses, des cicatrices vicieuses.

L'othématome traumatique a été signalé chez des épileptiques authentiques et figuré par Féré. La constatation d'un fait de cet ordre obligera à vérifier avec plus de soin si le malade dont s'agit n'est pas un paralytique général égaré parmi des comitiaux en raison de ses crises épileptiformes. Mais les oreilles sont moins exposées que les joues où saillent les zygomas. Après la chute en plein visage, des ecchymoses, des plaies contuses se montrent, qui indiquent par leur position la forme de la chute. On voit souvent qu'il y a eu glissement et frottement sur le sol ; alors les lésions de chute peuvent être confondues avec des altérations très postérieures à la chute. La face de quelques malades est

couverte de cicatrices : Féré dans son ouvrage, reproduit un tel cas sur une de ses planches.

Le pourtour de la base de l'orbite (œil poché), et les arcades sourcilières (sourcil fendu), constituent des points de contact fréquents avec le sol, pour des malades qui tombent la face en avant. On voit des sourcils couturés, déformés. Des épaississements osseux consécutifs sont signalés en cette région (Féré, Méricamp).

Au crâne, les fractures de la voûte, de la base, sont exceptionnelles. Celles isolées du rocher sont semblablement rares. (Mon maître, M. Dagonet (de Paris), a déposé, il y a quelques années, dans les collections du Pavillon de chirurgie à Sainte-Anne, un temporal avec fracture complète antéro-postérieure de la pyramide du rocher et intéressant la gouttière du sinus latéral). De tels faits sont des curiosités. Il est encore des trouvailles d'amphithéâtre (Féré : fracture du crâne ignorée pendant la vie du malade). Les chutes occipitales entraînent des périostoses post-traumatiques. On enregistre des plaies diverses du cuir chevelu. Et les chutes frontales produisent des lésions fréquentes des téguments de la région.

Pour peu qu'un crâne soit anormal du fait de la dégénérescence ou offre des saillies exagérées ou pathologiques, la lésion traumatique de chute, si la chute céphalique est récidivante, prend une allure élective. Dans les traumastimes de la région sourcilière, la section du sourcil a lieu de dedans en dehors, le rebord orbitaire la fait, et des plaies superposées au sourcil ont parfois quasi l'apparence de plaies faites extérieurement par un instrument tranchant. J'ai observé un malade :

R..., 36 ans, tailleur de pierres, épilepsie, tombe d'ordinaire sur la tête et se blesse, morsures au bord droit de la langue, quarante-et-une crises au mois, bromuré à 3 grammes.

Chez lui, une lésion traumatique particulière est à rapprocher de ce qu'on voit dans les traumatismes de la région sourcilière. Pour saisir le phénomène observé, quelque anatomie osseuse est utile : la face antérieure ou cutanée de

l'os frontal présente en bas et en dehors quelque chose de particulier. Je cite Testut : « Sur la partie la plus externe et la plus inférieure de cette face se voit une petite surface triangulaire, séparée du reste de la face antérieure par une crête toujours très marquée, *la crête latérale du frontal*, laquelle crête se continue en arrière avec une ligne semblable du pariétal et circonscrit en ce point la fosse temporale. Nous désignerons cette petite surface triangulaire sous le nom de facette temporale du frontal ». Mon malade a fait, dans une crise, sa chute habituelle sur la tête (chute gauche) ; il en est résulté un traumatisme de la région frontale gauche, et on a enregistré une section des téguments linéaire avec un léger décollement de la peau en un point. Comme la section des parties molles était parallèle et superposée à la crête latérale gauche du frontal et en dessinait la courbe, j'en ai conclu que cette même crête latérale du frontal avait assez exactement sectionné les tissus, de dedans en dehors, et ce, par un mécanisme analogue aux sections semblables et communes du sourcil. Le malade est aussi porteur de nombreuses sections du sourcil cicatrisées (utilité d'un nécessaire à griffes de Michel dans un service d'épileptiques). R... porte une autre section de ses téguments frontaux sur la crête latérale droite de l'os frontal, mais limitée au quart inférieur de son trajet. Le frontal de R... est puissant, et tant les crêtes latérales que les facettes latérales y sont accusées. Je présente une reproduction photographique de ce fait.

Je présente aussi la reproduction photographique d'une difformité cicatricielle, qu'un malade que j'ai observé porte au crâne :

M..., 39 ans, forgeron ; épilepsie datant du jeune âge ; 53 crises au mois ; bromuration non assidue ; cicatrices de brûlures sur les avant-bras ; travaillait dans une tréfilerie lors d'un accident qui lui est arrivé il y a six ans ; par crise comitiale il a fait une chute sur une pièce métallique faisant partie de l'encadrement protecteur d'un volant ; il en est résulté un enfoncement de la voûte du crâne auquel participaient les os frontal et pariétal droits. On a suturé les téguments lésés, à l'époque de l'accident ; le tissu de cicatrice qui recouvre l'enfoncement consolidé est retracté, blanc, lisse ; une

dépression osseuse cupulaire manifeste subsiste. Les crises comitiales de M... n'ont pas subi, depuis le traumatisme, de spécialisation jacksonienne touchant le cerveau droit.

Les hommes dont je relate ici l'histoire faisaient tous deux, avant leur placement dans un service d'épileptiques, des métiers exposés : tailleur de pierres et forgeron. Tous deux avaient des attaques pendant qu'ils exerçaient leur métier et on se demande par quelle aberration ces malades ont pu être maintenus dans de semblables occupations. Les risques de chute ainsi se compliquent souvent des risques surajoutés par les circonstances extérieures de lieu, de métier, d'outillage.

Des malades arrivent à choisir l'emplacement de leur chute ; mais dans la plupart des cas, la perte de connaissance et la chute sont imprévues. Et l'épileptique se heurte sur les côtés, en avant, en arrière, ou s'effondre. Pour Paris (Académie de médecine de Belgique, 1892), la chute est presque toujours latérale et n'existe en avant que dans 23,5 % des cas. Quant aux risques de chute, ils n'ont pas toujours la même fréquence suivant les conditions. Dans le service de M. Sérieux, si bien organisé tant au point de vue de l'alitement qu'au point de vue thérapeutique, je n'ai vu comme lésions consécutives aux crises que : un cas de periostoses olécrâniennes et un cas de luxation récidivante de l'épaule. Ailleurs, dans un lot de 29 femmes épileptiques (non rigoureusement bromurées), je note une seule malade à lésions de chute récidivantes sur le face et le front. Par contre, sur un ensemble de 16 hommes épileptiques, non bromurés, j'ai pu relever :

1 malade avec lésions d'un coude, d'un bras et de la face ;
3 avec lésions de la face ;
1 avec lésions mentonnières récidivantes ;
1 avec lésions de l'avant-bras.

Ce qui amène à dire, avant toutes choses, que le bromure, cette « muselière de l'épilepsie », est bien évidemment le premier des palliatifs à utiliser contre les lésions de chute.

Ensuite, l' « alitement » judicieusement appliqué sera souvent une garantie de premier ordre contre les risques de chute.

Par dessus tout, une surveillance étroite des malades est formellement indispensable à toute heure et en toutes circonstances.

De plus, un certain nombre de dispositions particulières sont nécessaires dans la pratique de l'assistance aux épileptiques. On consultera avec fruit ce qu'a écrit (*Presse médicale*, août 1899), M. A. Vigouroux, au sujet « De l'hospitalisation des épileptiques ». Il est bien entendu toutefois qu'il n'y a pas lieu pour tous les épileptiques internés ou assistés de transformer radicalement les conditions de l'habitat. Mais, étant donnée l'existence d'une catégorie de malades, à chutes fréquentes et violentes en dépit de la bromuration, souvent mal supportée, parfois inactive, on doit, d'une façon générale, vis-à-vis des épileptiques groupés, prendre quelques mesures spéciales, pour la prophylaxie des lésions traumatiques de chute et celle des accidents pendant l'attaque.

D'abord, la nature du recouvrement du sol, dans un service spécial d'épileptiques, entre en considération. Dans les cours et jardins, pas de dallage, le moins de gravier possible ; du sable et la pelouse très dense doivent dominer. A l'intérieur des pavillons, on pourrait penser que les considérations majeures d'hygiène générale entraînent le choix d'un sol cimenté ou dallé. Il me semble que pour les services d'épileptiques, les pavages de bois sont à tout prendre supérieurs aux ciments, dallages et même aux parquets. Les architectes entendus et, après essai des substances, on pourrait user de quelques recouvrements faits avec divers « tapis-lièges », sortes de linoléums. Vallon et Armand Marie ont signalé en 1899 (*Les Aliénés en Russie*), l'utilisation dans certains asiles, de la sciure de bois agglomérée (ou syllolit), ayant et la résistance de la pierre et une certaine élasticité. Je signale aussi les recouvrements de l'ordre de la « westrumite » pour l'extérieur. On arrondira tous angles proéminents, on supprimera toutes saillies et rebords accessibles. Dans les salles de réunion ou salles de jeu, on ne tolèrera pas les « tapis-paillassons » touffus et épais du commerce, même si le nettoyage par le vide est utilisé dans les établissements.

Les bâtiments sont tous des rez-de-chaussée. Rien aux murs, pas de boiseries à moulures. Les serrures sont masquées, les vitres du type incassable. On peut prévoir aux water-closets des entablements de bois ripoliné, en forme d'appuie-bras, arrondis, émoussés. Les lavabos auront leur entablement de bois à angles émoussés et seront à robinets masqués. Charon, dont j'ai cité le mémoire plus haut, demande des « mobiliers aussi mobiles et aussi légers que possible ». Et il ajoute : « C'est la condamnation de cette organisation défectueuse qu'on rencontre encore dans de trop nombreux quartiers d'épileptiques où l'on voit les étages s'empiler sur les étages, où dans les salles s'alignent des tables et des bancs massifs, solidement rivés au plancher et entre lesquels tombent journellement les malades; où les gâteux et les impotents sont fixés sur des fauteuils solides qui, s'ils les mettent à l'abri des chutes bénignes, les exposent à des fractures graves; où l'agitation et l'impulsion sont traitées par les entraves et la camisole ». Donc, mobilier spécial. Les administrateurs des établissements sauront choisir dans le commerce les meubles les plus pratiques : tables légères de bambou recouvertes d'osier tressé, à angles arrondis protégés par de l'osier tressé ; chaises-fauteuils d'osier, profondes, avec appuie-bras émoussés. Les annexes du service, où est enfermé et manipulé le matériel courant, sont naturellement interdits aux malades. Le matériel de table aux repas comporte le plus d'aluminium possible ; un infirmier sectionne lui-même les portions de viande, car le couteau est à éviter ; la fourchette sera généralement permise par nécessité. Et les malades mangent par petites tables en vue de la surveillance.

On permettra les jeux de table ; on interdira le billard.

Au bain, la surveillance est capitale. On usera des toiles protectrices, mais surtout les baignoires auront des vannes à large section, pour la vidange rapide d'urgence.

Il va sans dire qu'il ne peut y avoir de chutes dans le feu (chauffage central et radiateurs dissimulés derrière des écrans muraux). On n'aura donc plus à entourer les poêles de jadis avec divers garde-fous, eux-mêmes dangereux.

L'éclairage est électrique, haut placé, extériorisé.

La literie et le couchage doivent être disposés de façon particulière : lits métalliques, très bas, larges ; les saillies métalliques sont masquées autant que possible par la façon de faire le lit. Le petit nombre de lits répartis dans chaque salle et la multiplicité des personnes préposées au service de veille, sont les conditions premières d'une bonne organisation. Il ne peut plus être question des literies archaïques : modèle de lit de Lélut, décrit par Delasiauve en 1854 (bords à charnières, rembourés, sans barreaux) ; lit de Lannurier (de Morlaix), avec barreaux ; filet de Delasiauve (mon maître, M. Dagonet, m'a dit avoir vu une sorte de cage en filet encore utilisée vers 1885 à l'Asile central de Vienne, dans le service de Leidesdorf) ; filet de fil de fer à mailles serrées de Lannurier ; lit de Rault (de Saint-Brieuc), dont Delasiauve disait qu'il était presque une cage. Le matériel de literie sera choisi spécialement : pas d'oreillers de plume, mais crin ou varech. M. Sérieux m'a fait connaître l'utilisation en Italie d'oreillers caoutchoutés perforés, pour parer aux dangers de suffocation. La surveillance active, évitera les suffocations possibles. (Voir ce qui a été dit récemment par M. Briand, à la Société de médecine légale (12 juin 1911), sur deux cas de mort par suffocation au cours de crises épileptiques dans le décubitus ventral). Toutes ces considérations s'éloignent un peu de la question des risques de chute, mais me semblent ne pas pouvoir être passées sous silence, quand on aborde le chapitre de la protection des épileptiques. Est à disposer rigoureusement aussi le matériel spécial pour les crises prévues, diurnes, subintrantes (literie à même le sol, très large, avec imperméable).

En ce qui concerne les dangers de la chute et les chocs traumatiques, on peut, ce me semble, s'attacher à prendre un certain nombre de mesures particulières visant le malade lui-même.

Contre les plaies contuses, pour éviter les excoriations, les fractures possibles et les périostoses de la région olécrânienne, on peut toujours, quand la chose paraît utile, user d'un pansement protecteur à la ouate souple, fixé par une bande

légère. Il peut sembler logique, pour les malades qui se lèsent le coude, d'avoir sous la main un « pare-coude ». Dans la pratique de l'escrime, on utilise un tel appareil, en cuir, rembouré, fixé par une courroie. Il est facile, suivant indications, d'en faire construire de plus appropriés. Mais tout cela n'est qu'une question d'espèce et il ne s'agit pas de barder certains malades d'appareils plus nuisibles eux-mêmes que les lésions qu'on voudrait éviter.

Le vêtement du malade sollicite quelque soin, il doit être ample, large ; pas de corset chez les femmes, pas de faux-cols rigides, pas de bijoux (mains et oreilles), pas de lunettes.

La question du couvre-chef est importante. A la vérité, les femmes, en chute, sont assez protégées par leur chevelure ou leur chapeau (bannir les épingles, les peignes et crochets volumineux). De tout temps, on a cependant songé à munir les malades à chutes graves d'appareils céphaliques protecteurs. Dans quelques asiles autrefois, des malades étaient spécialement rangés dans la catégorie des « tombeurs » et des « tombeuses », et on disposait sur leur chef des anneaux, ou couronnes, en forme de bourrelets circulaires, ou des bonnets de paille analogues à ceux que quelques femmes mettent encore dans certaines contrées sur la tête des enfants. Jules Voisin, Grasset et Rauzier, indiquent encore l'utilisation du « bourrelet » pour les malades qui tombent en avant, sur le front. J'ai vu Marandon de Montyel en user. On en trouve dans le matériel de plusieurs établissements.

Mais peu à peu, il est arrivé ceci, à savoir que l'extrême surveillance dont on a de plus en plus entouré les malades, et l'amélioration de l'action thérapeutique à leur endroit, ont fait que de tels appareils protecteurs sont tombés plutôt en désuétude. D'ailleurs, les malades n'aiment pas à être stigmatisés par le port d'une coiffure révélatrice. Et la force des préjugés est malheureusement encore suffisamment active à l'heure présente pour qu'il paraisse avant tout utile de ne pas étiqueter de pauvres gens de la sorte. Mais, comme je ne sais, pour ma part, rien de plus triste que de rencontrer dans un asile des malades dont le chapeau est

souillé de sang ou dont la face est couverte d'ecchymoses, je pense qu'on doit choisir avec soin la coiffure commune de tous les jours pour ceux chez qui la chute s'accommode de lésions traumatiques, soit pénibles, soit graves.

En conséquence, il convient de munir ces malades de coiffures appropriées : en hiver, les casquettes très épaisses, les bérets basques à larges bords épais, les bonnets en laine du type « passe-montagnes », offrent des avantages et ont le mérite de ne pas attirer l'attention. On pourrait munir quelques malades de casquettes en cuir noir, semi-rigides, avec visière antérieure et postérieure, ou de chapeaux du modèle des mineurs, en cuir, non bouilli ; mais les bords rigides sont déformés, fendus ou dégradés après une première chute. Une bonne pratique me semblerait être la suivante : confectionner des chapeaux épais, dont les rebords sont mobiles au niveau de leur insertion sur la calotte, et ne sont maintenus autour de la calotte que par trois ou quatre points fixes semi-rigides. Pendant la chute le rebord épais du chapeau amortit le choc, et l'insertion du rebord sur la calotte cède partiellement grâce à sa mobilité, sans que la coiffure soit mise hors d'usage par les chutes récidivantes. Cette disposition se voit dans quelques modèles de coiffures sportives spécialement construites pour parer aux dangers des chutes sur la face et le crâne. En examinant ces types de coiffures en vente dans le commerce, on se rendra bien compte des mérites d'une telle disposition des bords sur la calotte. Les bonnets souples et très denses conviennent encore aux femmes épileptiques. En été, le choix de la coiffure est délicat : le chapeau de paille à bords rigides est vite détérioré et les rebords souples sont de nul effet pour la protection. Ici encore, je pense qu'il convient de confectionner un chapeau de paille, avec rebords très épais, mais souples, cerclés de cuir et reliés à la calotte par trois ou quatre points fixes semi-rigides (attaches de cuir). Les jugulaires sont contre-indiquées ; les coiffes seront toujours d'un périmètre plus grand que le périmètre de la tête.

Très exceptionnellement, pour les malades à chutes graves, il me semble utile de posséder, dans un service

d'épileptiques, quelques coiffures aménagées en vue d'une protection efficace. Des coiffures analogues aux casques dits d' « aviation » pourraient être utilisées à mon avis. On en construit avec parements de feutre autour de la coiffe, avec revêtement de lanières de feutre disposées en forme de croix au sommet des calottes, munis de protège-oreilles, à rebords mobilisables sur la coiffe, à ressorts d'acier capitonnés, à protection à base de feutre doublé de cuir, enfin à rembourrage ainsi conditionné : paille de fer à parquets noyée dans du feutre, ce qui constitue un excellent capitonnage. Des malades accepteront, d'autres refuseront de se coiffer de la sorte. Il est bien certain aussi que des malades, non conscients pendant de longues heures, resteront tête nue. On m'objectera encore que les chapeaux d'exception que je propose ne sont pas beaux ; mais l'orthopédie a toujours été assez oublieuse de l'esthétique et je ne sache pas qu'on arrive à bâtir quelque chose d'aussi désagréable que la « calotte compressive capitonnée au plomb de chasse », qu'utilisa Féré contre les douleurs de tête des épileptiques.

Pour en finir avec les considérations qui précèdent, j'ajoute que le travail des épileptiques dans les établissements est à surveiller de très près. Celui des champs offre parfois du danger. Il est des occupations faciles : exemple, la confection des sacs en papier. Je signale le décortiquage de l'osier et du saule, organisé à l'asile de Saint-Dizier par son distingué directeur, M. le Dr Chaussinand, travail qui ne sollicite qu'un outillage restreint, sans danger, et des matériaux sans danger aussi.

Un Aliéné en liberté

par MM. CHARUEL et HAURY (de Châlons-sur-Marne).

Les crimes et les attentats commis par les aliénés deviennent malheureusement trop fréquents. Malheureusement aussi, les victimes, toujours trop nombreuses, ne sont pas

seulement les gens de leur entourage immédiat qui n'ont pas pris les précautions nécessaires pour mettre à temps leur malade en sûreté, mais aussi, et surtout, tous ceux que leurs fonctions ou leurs devoirs avaient mis à un titre quelconque, en relation directe ou indirecte avec lui, ou même tout simplement désignés à son attention. Les plus hautes personnalités, les magistrats de tous les rangs et les médecins ont toujours été particulièrement visés, les uns à cause de la puissance qu'ils détiennent ou qu'on leur suppose, les autres à cause de la science dont ils se servent et qu'on leur reproche.

Toutes ces personnalités seront constamment sous la menace de pareils malheurs tant qu'on ne se décidera pas à imposer l'internement rapide de tout aliéné, et même que, faisant un peu plus, on ne tentera pas un effort social dans le sens du *dépistage précoce* de tous ceux qu'on est en droit de suspecter de l'être. C'est ce que l'observation suivante nous a fait saisir sur le vif d'une manière tout particulièrement intéressante pour que nous ayons pensé à la rapporter ici et la faire suivre des quelques commentaires et propositions qu'elle appelle.

R..... a été arrêté à Châlons-sur-Marne le 24 mai 1911 et conduit à la maison d'arrêt le même jour pour outrages et menaces de mort.

Dans une lettre écrite par R... le 19 mai 1911, celui-ci, en parlant du Procureur de la République près le Tribunal de première instance de Châlons, s'exprimait en ces termes : « Le Procureur de Châlons est un lâche, c'est lui qui autorise, c'est lui qui est la cause de mon mal. » Et plus loin : « On fera de moi ce que l'on voudra ; si je me rencontre avec lui, son affaire est faite. »

Pour arriver à comprendre comment R..., exerçant la profession de cordonnier dans une fabrique de chaussures et habitant Châlons seulement depuis quelques mois, avait pu écrire des propos aussi graves concernant la personne du Procureur de la République, il faut étudier la personnalité de R... dans tous ses détails, faire l'histoire de toute sa vie.

R... est né à Vertus le 29 août 1875 ; il est âgé de 37 ans. Ses parents étaient vignerons. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels ; il suivit jusqu'à onze ans environ la classe primaire ; à ce moment, il fut atteint, suivant son dire, d'une fièvre muqueuse qui le retint au lit pendant près de deux mois. Il a toujours vécu auprès des siens et n'a laissé son village de Champagne que pour aller faire ses trois ans de service à Nancy ; mais depuis au moins quatre ans, il fréquentait sa femme quand il partit, et depuis un an, elle était devenue sa maîtresse.

Cette fréquentation n'allait pas sans qu'il se montrât un peu jaloux d'elle ; à part cela, il était affectueux.

Au régiment, il lui écrivait régulièrement ; et, quand elle devint enceinte, alors qu'il avait encore un an de service à accomplir, il n'éleva pas le moindre soupçon sur cette grossesse. Marié en 1898, il était parfaitement heureux, reconnaît-il, et faisait bon ménage avec sa femme. Bon ouvrier, très bien vu, serviable, de bonne composition, tout allait bien avec les autres ; il n'y avait qu'avec elle que son caractère se montrait autrement : il était *toujours jaloux*, faisant des scènes constantes et cela depuis même leur mariage, l'accusant de courir, suspectant la moindre de ses conversations avec les hommes. Tout était prétexte à scènes.

Pendant ce temps, deux autres enfants étaient nés, le deuxième en 1899, le troisième en 1900. Il les aimait bien tous également ; mais avec son caractère toujours aussi tourmenté, il ne parlait pas à sa femme pendant des semaines entières et partait aux vignes sans lui dire où il allait ; elle, de son côté, devait trouver où il était pour lui apporter son repas. Mme R..., dont la conduite semble avoir été toujours irréprochable depuis son mariage, supportait tout sans se plaindre. Elle aimait son mari et subissait sans rien dire les marques de ce qu'elle appelait seulement « son mauvais caractère ».

C'est seulement en 1908-1909 que l'attitude de R... vis-à-vis d'elle ayant pris un caractère d'acuité, elle pense à quelque chose d'un peu anormal : la jalousie de son mari, en effet, prenait de plus en plus consistance ; de vague qu'elle était, elle devenait extrêmement précise ; il désignait maintenant par leurs noms les « amants » de sa femme, amants qui étaient devenus très nombreux, si nombreux même chaque journée, qu'un jour il lui a dit qu'elle en avait eu quarante-deux ce jour-là. Il y en avait de tous les âges, depuis les plus vieux jusqu'aux plus jeunes, puisqu'il lui en donnait qui n'avaient que 12 ou 13 ans. Il l'accusait de faire la vie même avec ses parents, son beau-père, son frère, ses beaux-frères, etc...

En mai 1909, un jeune homme de leurs cousins était à travailler depuis quelques jours chez eux ; R... leur faisait des « scènes abominables » à sa femme et à lui. A ce moment-là, R... était peut-être sous l'influence d'un peu d'alcool qu'il prenait contrairement à son habitude : il devint violent, en effet, se sauvant de sa maison dans sa colère. Et le 16 mai, après être allé la veille faire ses adieux à sa famille et leur annoncer qu'il allait se tuer, il se pend à une poutre de son grenier avec la longe de son cheval. Sa femme, qui ne le perdait pas de vue, arriva à temps pour couper la corde ; R... avait déjà perdu connaissance. Quand il fut dépendu, il accusa sa femme de l'avoir pendu avec le concours de son cousin, et cela devant tous les voisins accourus.

Par la suite, R... continua ses scènes, se plaignant maintenant de diverses parties du corps, mais il commença aussi à se dire empoisonné par elle. Il trouvait mauvais goût à tous les aliments, ne voulait plus manger la cuisine qu'elle faisait, empêchait ses enfants de se nourrir et faisait à sa femme, sous prétexte qu'il les « *entendait* », elle et ses enfants, tenir de vilains propos sur son compte, des scènes au cours desquelles il en arriva à les frapper.

Depuis un certain temps, en effet, il avait des hallucinations de l'ouïe; c'est ainsi qu'à table il disait à ses enfants, au moment d'un grand silence : « Vous dites que M. X... a dit de moi ceci et cela ! etc...» Quand ils jouaient sur la place, il les rappelait brusquement et les gifflait, soi-disant parce qu'il avait entendu qu'ils disaient telle et telle chose ayant trait à sa situation, etc...,etc....

Sa femme était très surprise de ses façons de procéder qu'elle ne s'expliquait pas. Car il avait des hallucinations auditives des plus différenciées et, fait extrêmement intéressant, ses hallucinations qui ont dû être beaucoup plus actives à ce moment-là qu'aujourd'hui, l'ont frappé au point qu'il *les a toutes écrites avec son histoire sur un cahier qu'il tient en règle depuis octobre* 1909. Il les relisait fréquemment pour en comprendre le sens ; *il les a apprises par cœur*, si bien qu'aujourd'hui *il les récite mot à mot*, invariablement quand on l'interroge. Il commence par raconter d'un ton naturel, puis peu à peu il continue son récit du ton automatique et déclamatoire d'un ignorant qui débite.

En octobre 1909, R... ne veut plus avoir de rapports sexuels avec sa femme. Il l'accusait à ce moment, non seulement de l'empoisonner chaque jour, empoisonnement qui est la cause de tout ce qu'il ressent de divers côtés dans le corps, mais il l'accuse aussi d'avoir la vérole !

En novembre 1910, il se fait visiter par son médecin et délivrer un

certificat constatant qu'il n'a aucune maladie vénérienne. Il dit s'être aperçu de celle de sa femme à la fois par son linge de corps qu'il surveillait et qu'il recherchait pendant son absence, et par l'odeur « épouvantable » qu'elle dégageait de la bouche.

A cette époque, la femme de R..., pour se soustraire à des scènes trop pénibles, va coucher dans le grenier à plusieurs reprises ; lui, interprète cela en disant qu'elle va retrouver ses amants et dit que ceux-ci passaient par le soupirail de la cave ou le gué de l'abreuvoir pour la retrouver. *Il ne les entendait pas faire de bruit parce qu'eux « ils avaient la précaution de l'endormir, au chloroforme probablement...* » mais il le savait par tout ce « *qu'il entendait dire* » à leur sujet.

En février 1910, il se fait un lit à part lui-même et défendit à sa femme d'y toucher, sous prétexte que « partout où elle passait, elle laissait la terrible maladie... »

Le nombre des complices de sa femme avait augmenté ; notamment tous les fournisseurs fraudaient les aliments par son ordre. R... en arrive à ne manger bientôt que du pain, des œufs et du lait et encore bientôt trouve-t-il que sa femme parvenait « à piquer ses œufs avec une aiguille trempée dans le sulfure de carbone ». Il jetait ses aliments, etc... Son médecin, le Dr X... appelé à le soigner, venait, croyait R..., uniquement dans le but de faire avorter sa femme des enfants qu'elle aurait eus avec les autres. Et R... faisait des reproches de cette nature, même devant ses enfants et ses voisins.

Mais R... n'avait pas que des hallucinations de l'ouïe et du goût : il avait aussi des hallucinations de la sensibilité générale ; surtout des hallucinations génitales qui ajoutaient encore quelque chose de particulier à ce qu'avait de sexuel son délire d'infidélité.

R... se plaignait *d'orgies sexuelles abominables* auxquelles sa femme et ses enfants le forçaient d'assister et cela sous les yeux de ses enfants — qui en réalité, disait-il, étaient comme lui endormis exprès au chloroforme ; — il se plaignait de *pirateries* exercées contre lui : R... raconte qu'il sait qu'il a été attaché sur une table, qu'on lui a mis un entonnoir dans la bouche pour lui faire prendre du vitriol, qu'une nuit la chose s'est faite dans une cave, une autre sur la descente de lit, une autre dans la cour ; il raconte que tout cela était fait « *pour orgies* », car on lui lançait en même temps des coups de pied dans les parties ; on « lui a forcé la nature ».

Il a eu aussi de fausses interprétations en rapport avec son délire, car il dit avoir vu le fils du docteur X... « déguisé en marchand de toile » et il sait très bien pourquoi on avait pris ce déguisement.

En mars 1910, le femme de R... trouve des balles sur la cheminée

et les jette ; peu de temps après, elle aperçoit son mari couché un après-midi avec sa carabine chargée à côté de lui, d'autres balles placées sous l'oreiller. Elle s'en étonne, il lui réplique « que c'est pour tuer les maquereaux qui venaient coucher avec elle », ajoutant que quant à elle « il lui blinderait la gueule ! ».

Ne se sentant plus en sécurité devant l'attitude de son mari, elle va se plaindre au maire qui, comme tous les gens du village, connaissait la situation ; depuis longtemps le public était renseigné en présence des scènes nombreuses et extravagantes que R... faisait à sa femme.

Le maire lui répond simplement « *qu'il ne peut pas intervenir dans son ménage et qu'elle n'a qu'à partir dans sa famille* ».

Elle demande alors au médecin ce qu'il pense de l'état de son mari : le docteur répond « *qu'on ne peut pas l'interner avant qu'il ait commis un acte de violence* ».

Mme R... supporte sa triste situation deux mois encore. Pendant ce temps, son mari qui lui reprochait de dépenser tout l'argent du ménage, et bien au contraire se l'appropriait dans le but « de se faire soigner », fit annoncer à son de caisse dans le village et insérer dans le journal du chef-lieu qu'il invitait les fournisseurs à ne pas faire de crédit à sa femme. Celle-ci alla alors se plaindre au brigadier de gendarmerie : celui-ci lui fait la même réponse que le maire.

C'est à ce moment qu'elle écrit sa malheureuse aventure au Procureur de la République, à Châlons. Celui-ci était déjà au courant de l'affaire depuis longtemps, car depuis près de deux ans, R... s'était déjà adressé à lui pour demander aide et protection contre tous ceux qui l'empoisonnaient. R..., en effet, lui avait écrit lettres sur lettres ; il y a au dossier une quantité considérable de lettres dans lesquelles il se plaignait des tentatives d'empoisonnement dont il était l'objet de la part de sa femme et des complices qu'il désignait un à un par leur nom.

Ses lettres avaient bien vite revêtu un caractère délirant qui n'aurait pas échappé à un aliéniste. C'est ainsi qu'en avril 1910, il lui expose ses hallucinations auditives et cela de la façon la plus significative. Dans une lettre de quatorze pages, qui est du 3 avril, il dit : « *Voilà les paroles que j'ai entendues* ». Le 22 avril, il dit : « *Voilà quelques mots que j'entends dire de côté et d'autres* ». Ajoutons de suite, pour ne plus y revenir, que peu à peu sa correspondance devient encore plus active ; en décembre il écrit un mémoire de douze pages grand format, etc..., etc... Il numérote ses lettres, met dans la marge (affaire, 3e année). Elles sont, bien entendu, pleines de choses, de précisions, mais aussi

bientôt de phrases incohérentes qui ne sont autre chose que ses hallucinations condensées, abrégées, mais qui font de ces lettres la correspondance la plus typique d'un aliéné, correspondance où l'on pouvait suivre tout le développement de son délire.

Le Procureur, en réponse à la lettre de Mme R..., relative à la situation troublée de son ménage, lui fit savoir que si elle avait les griefs nécessaires, une demande en divorce pouvait être une solution. Mme R... se sentait acculée à une solution qu'elle ne voulait pas. Elle hésita quelque temps, en raison de sentiments personnels. Ne trouvant pas d'autre moyen de sortir d'une situation qui devenait de plus en plus intolérable, un jour que son mari était absent, elle quitta le domicile conjugal en emmenant ses enfants et se retira dans sa famille qui habite le même village.

Quinze jours après qu'elle eût demandé le divorce, son mari le demanda aussi de son côté. Après une tentative de conciliation qui échoua, le divorce fut prononcé, le 7 janvier dernier contre lui.

Lorsque sa femme fut partie de sa maison, R... ne chercha jamais à la revoir. Il disait qu'il était heureux d'être débarrassé de « la vache ». Ses idées de jalousie semblaient avoir disparu comme par enchantement, mais ses hallucinations du goût et ses idées d'empoisonnement continuaient à être aussi vives. Après avoir essayé d'acheter ses aliments dans les villages voisins, il quitte le pays et vient à Châlons. « Tout le pays était contre lui... » dit-il.

Mais à Châlons, ses persécutions continuaient de la même façon. Il fut obligé de changer deux fois de restaurant, puis de préparer ses repas lui-même dans sa chambre.

Dans son village, sa femme empoisonnait ses aliments avec toutes sortes de substances (sulfure, graisse d'armes, mise dans le saindoux, mort aux rats, pétrole, etc..., etc... ; à Châlons, cela continuait « sur l'ordre probable des richards qui sont complices dans l'affaire », explique-t-il. Il faisait venir ses denrées d'autres pays et les a tout aussi bien trouvées fraudées : il a chez lui « plus de soixante marchandises » qu'il n'a pu utiliser ; il est allé en chercher dans plusieurs localités distantes d'ici de 10 à 15 kilomètres, jusqu'à Reims et Epernay où il avait eu l'occasion de se rendre pour y chercher du travail, car il avait l'intention de quitter Châlons. Il a, du reste, porté de nombreuses plaintes contre des commerçants pour fraude de substances alimentaires, d'abord à la brigade de gendarmerie de chez lui, où le brigadier le met à la porte en le traitant de fou et ajoutant : « Vous mériteriez que je vous flanque à la boîte », ensuite à Avize, puis à Epernay où il est allé chercher du travail et où il va porter un médica-

ment qu'il trouve falsifié au commissaire de police. Celui-ci voyant de suite à qui il a affaire, lui dit textuellement qu' « il a besoin d'être soigné ».

R... continua ainsi à importuner la justice de ses réclamations : il ne se contente pas d'adresser des plaintes au Procureur général, au Ministre de la Justice, même au Président de la République. Il se sert du téléphone et du télégraphe : il a téléphoné et télégraphié une dizaine de fois au moins à ces mêmes autorités pour demander réponse à ses plaintes. Comme il n'en recevait pas ou ne recevait que des réponses évasives, il en arrive à conclure que ses persécutions étaient autorisées par la justice. Il va jusqu'à se plaindre au Président de la Cour d'assises de Reims qui transmet sa lettre au Parquet de Châlons avec une annotation marquant qu' « il est manifeste qu'on a affaire à un fou ! ».

Il fait de même vis-à-vis du Président de la Chambre de Commerce de Reims, dans une lettre qui contient une véritable menace de persécuté qui se vante de devenir persécuteur « si la justice tarde, je ferai justice moi-même, en mourant content de vengeance », y écrit-il en effet au mois de mars.

Il a l'idée aussi d'écrire au Doyen de la Faculté de Médecine de Paris afin de lui livrer son corps afin qu'on fasse son autopsie, dans le but de confondre ses persécuteurs et leur prouver qu'il était bien mort victime de leur poison. Le Doyen, qu'il poursuit avec une insistance toute particulière, ne peut que renvoyer au Procureur de Châlons toutes les lettres de ce « *maboul* » comme il l'appelle.

D'après R..., il n'y avait qu'à l'atelier qu'il jouissait de quelque répit pendant son travail, mais dès qu'il mettait les pieds dans la rue, les hallucinations auditives continuaient plus que jamais : il entendait les gens dire autour de lui : « Faut lui en mettre !... faut lui mettre ! (sous-entendu du poison) »; *et cela par des gens qu'il ne connaissait pas* !

Excédé de voir si peu de réponses de la part de l'autorité, à des plaintes si nombreuses et si fréquentes (si nombreuses, en effet, qu'en mars il y avait déjà trente-six correspondances à M. Fallières et au Ministre de la Justice; celles au Procureur ne se comptent plus), poussé par ses hallucinations de plus en plus actives, il en vient à nourrir des projets de vengeance contre les représentants de la justice qu'il considérait comme les complices de ses persécuteurs, et c'est sous l'influence de cet état mental, qu'il écrivit les lettres de menace qui provoquèrent son arrestation.

R... nous apparaît donc aussi nettement que possible comme atteint de psychose systématisée progressive.

Cette psychose a débuté par du délire jaloux à cause de la tendance naturelle de son caractère, et — comme c'est le cas habituel — le délire de jalousie ou mieux d'infidélité conjugale n'a été chez lui que la première phase de son délire de persécution. Bientôt sont apparues les hallucinations générales et sensorielles d'abord de l'ouïe, puis de l'odorat et surtout du goût et aussi du sens génital ; les premières étaient extrêmement fréquentes et dominaient la scène morbide le plus souvent. Sa femme partie, son délire d'infidélité a disparu : seule a continué la persécution par les complices de sa femme, qui persévéraient à vouloir l'empoisonner pour faire disparaître en lui le témoin gênant de « leurs mauvaises mœurs et de leurs orgies ».

Nous avons vu que ces réactions ont été d'abord celles d'un persécuté passif qui va jusqu'au suicide ; mais nous avons vu aussi qu'elles avaient pris bientôt un caractère contraire (autrefois dans l'histoire de la carabine et aujourd'hui dans les menaces qui ont motivé son arrestation). Il apparaît nettement donc, on l'a vu, comme *un persécuté dont les réactions pouvaient devenir d'un moment à l'autre des plus dangereuses*, car le point à retenir de l'histoire de ce délirant, c'est qu'il n'a été interné qu'après avoir écrit une lettre de menaces à l'égard d'un magistrat, que cet homme aliéné et reconnu tel par tout son village, par les deux médecins de l'endroit et par toutes les autorités auxquelles il s'adressait, accusé de l'être par les commissaires de police et les gendarmes près desquels il venait à l'occasion de ses réclamations contre les fournisseurs, cet homme qui importune depuis plus de deux ans la justice par ses plaintes, n'a été dirigé sur l'asile que dans les conditions que nous avons relatées.

Nous devons dire cependant pour être exact, que le Procureur de la République n'avait pas été sans quelque inquiétude sur l'intégrité mentale de R... Le 2 mai 1910, en effet, il écrivait au maire du village de celui-ci une lettre par laquelle il lui disait que, recevant depuis quelque temps de nombreuses lettres du nommé R., qui se plaignait d'être empoisonné par sa femme, il demandait au maire de lui dire

ce qu'il en était et si, « comme les lettres le laissaient pressentir, R... ne présentait pas une altération des facultés mentales. » Le Procureur ajoutait, pour rester dans l'esprit de la loi en question : « R... semble-t-il susceptible de devenir dangereux pour la sécurité publique ? »

A cette lettre, le maire répondit que « R... et sa femme vivaient en mauvaise intelligence, que R... reprochait bien à sa femme de l'empoisonner, mais qu'il n'y avait rien de sérieux là-dedans, disant qu'il n'y avait pas lieu d'ajouter foi aux allégations de R..., et enfin concluait par ces mots : « *R... n'est certainement pas un déséquilibré,* ses actes sont dûs plutôt à une jalousie excessive. *Il n'est nullement dangereux* » ; et il termine par cette menace : « D'ailleurs, j'ai fait prévenir les époux R... que s'ils continuaient à causer du scandale sur la voie publique par leurs disputes, le garde leur dresserait procès-verbal ». C'est ce qui fut fait le mois suivant, « un soir que R... qui adressait depuis quelque temps des propos orduriers à sa femme devant tout le monde » (*sic*), insultait sa femme chez lui, mais la porte ouverte, tout le village entendant.

(Disons en passant que c'est le même maire qui, six mois plus tard, écrivant encore au Procureur au sujet de R..., mais cette fois pour lui faire avoir l'assistance judiciaire dans l'appel que celui-ci formait contre son divorce, disait textuellement que « R... qui est plus à plaindre qu'à blâmer, est atteint *de manie de la persécution et qu'à part cela on n'a jamais eu à se plaindre de lui.* »)

Mais plus tard, quand R... habitant Châlons, fit cette série de plaintes contre quatorze commerçants de Châlons, six de son village et tant d'autres d'ailleurs, le 9 mars 1911, le Procureur revient à la charge pour éclaircir le cas de l'état mental de R... et en écrit au Préfet. Celui-ci demande au maire de la ville, non seulement des renseignements, mais le cas échéant, *son examen mental par un médecin de la ville.* Le maire prescrit une enquête par le commissaire de police. Celui-ci fait un rapport dans lequel il décrit le délire de l'individu, *dit qu'il est évidemment atteint de la manie de la persécution,* raconte ses plaintes à la justice,

dit que R... « conserve encore chez lui de vieilles croûtes de pain qu'il veut faire analyser », mais a le malheur de terminer par ces mots : « *A part cette manie, c'est un homme extrêmement doux et qui ne parait pas dangereux* ».

Ce rapport fait, on décerne simplement à R... l'épithète « *d'original* » et on conclut que rien dans son attitude habituelle ne paraît motiver son internement dans un asile d'aliénés.

Le Procureur avait donc fait plusieurs tentatives pour attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'état mental de R..., sans que ces tentatives aient abouti au résultat rationnel qu'on en attendait, c'est-à-dire l'internement.

Cette observation nous a paru intéressante à un double point de vue.

I. — Il y a lieu d'abord de s'étonner qu'un individu qui, depuis plus de deux ans, donnait des signes non équivoques d'aliénation mentale, ait pu être laissé en liberté jusqu'au jour où il a adressé une lettre de vives menaces à un magistrat dans l'exercice de ses fonctions, et de se demander s'il n'y a pas une lacune à combler dans la loi pour éviter le retour de pareils faits.

Nous avons vu dans l'exposé de cette observation que plus d'un an avant son arrestation, R... devait être considéré comme un aliéné très dangereux, puisque sa femme l'a surpris à ce moment couchant avec sa carabine chargée et prêt à s'en servir sur le premier individu qui pénétrerait chez lui et qu'il pouvait croire être un des nombreux amants de sa femme ; ajoutons que quand on l'arrêta, on trouva chez lui un revolver chargé.

Nous avons vu également que le maire du village représentant l'autorité, n'avait pas entendu les doléances de la femme et n'avait pas voulu intervenir alors que Mme R... venait lui exprimer ses craintes et lui demander protection, malgré qu'il n'y eut pour lui aucun doute sur sa folie, nous l'avons vu, le médecin du pays lui-même se refusait à délivrer un certificat sous prétexte que R... n'avait pas commis d'acte de violence. La justice enfin, non plus, n'osait

intervenir directement : il lui fallait l'accomplissement d'un acte répréhensible pour entrer en jeu, et cela malgré la façon dont il l'importunait avec ses réclamations incessantes qui laissaient si peu de doute dans l'esprit des magistrats sur sa mentalité morbide, que nous avons loué en passant l'effort de l'un d'eux quand il essaya de provoquer l'internement.

Il nous semble qu'il y a là, de la part des personnes intéressées, une fâcheuse interprétation de la loi en ce qui regarde le placement des aliénés.

La question qui se pose est, en effet, la suivante : *Doit-on attendre que l'individu nettement reconnu aliéné, non seulement par des personnes compétentes, mais aussi par la notoriété publique, ait accompli un acte répréhensible ou dangereux pour que soient prises à son égard les mesures nécessaires en vue de son internement* ?

On sait que les articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838 sont ainsi conçus :

ARTICLE 18. — A Paris, le Préfet de Police, et dans les départements les Préfets, ordonneront d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

ARTICLE 19. — En cas de danger immédiat, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les Commissaires de Police à Paris, les Maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au Préfet, qui statuera sans délai.

Il est regrettable que les autorités et les médecins eux-mêmes oublient trop souvent que l'article 19, où il est parlé du cas de *danger imminent*, s'applique uniquement à un cas imprévu et que l'article 18, au contraire, leur donne toute latitude de demander le placement à l'autorité préfectorale. Dans le cas présent, cet article permettait parfaitement au maire d'abord, aux médecins ensuite et même aux magis-

trats, d'intervenir efficacement. Il est hors de doute que par ses faits et gestes, par les menaces qu'il proférait non seulement contre sa femme, mais aussi contre un grand nombre de personnes, R... pouvait, d'un moment à l'autre, *compromettre l'ordre public ou la sureté des personnes.* (Rappelons, par exemple, tout ce dont il accusait sa femme, les soi-disant complices de celle-ci ; son médecin, toutes les personnes dont il était constamment près de se venger. Avant même de l'avoir écrit, il pensait être prêt à tirer vengeance du Procureur de la République, mais rappelons aussi qu'il était dangereux pour lui-même, puisqu'il avait fait une tentative de suicide).

Et c'est probablement parce que la rédaction de l'article 18 est trop étroite, que beaucoup de personnes qui devraient intervenir, n'osent pas le faire à cause des termes mêmes de l'article. Le mot « compromettrait » semble indiquer le commencement d'exécution. N'y aurait-il pas lieu, pour rendre à cet article toute sa valeur préventive de protection sociale efficace, de remplacer le terme « compromettrait » par le terme « pourrait ou risquerait de compromettre », ou même « peut ou risque de compromettre « ; en un mot de remplacer le terme de fait par un terme de possibilité ?

Nous estimons que c'eût été peut-être là une sage mesure de précaution. On voit trop fréquemment des cas où un aliéné commet tout à coup un acte très grave, alors que les règles de prudence sociale les plus élémentaires auraient dû le rendre impossible par une application plus large et mieux comprise de l'article 18. La chronique a rapporté ces derniers temps plusieurs exemples où des personnalités en vue ont été victimes d'aliénés en liberté.

L'article 26 du nouveau projet de loi Dubief sur le régime des aliénés est plus explicite et plus clair, et l'application qu'on en fera est rendue certainement plus facile aux cas qui nous occupent par les termes qu'il emploie. Il parle de placement d'office dans des établissements d'aliénés de toute personne « *dont le maintien en liberté compromettrait, en raison de son état d'aliénation, la sécurité, la décence ou la*

tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison. » Le terme « compromettrait » s'y retrouve bien, mais il est défini par ce qui le précède et par ce qui le suit surtout et qui, détaillant mieux les circonstances de son application, rendent celle-ci évidemment beaucoup plus aisée, en même temps que le sens conditionnel, c'est-à-dire de chose encore à venir lui est rendu tout à fait par les mots : maintien en liberté. »

Ajoutons en passant que ce projet de loi contient à la fin de son article 14 un paragraphe qui paraît tout à fait de nature à faciliter dans l'avenir le placement plus hâtif des aliénés. Il y est dit, en effet, que toutes les personnes admises dans les établissements d'aliénés, que ce soit volontairement ou que ce soit d'office, *ne seront internées qu'à titre provisoire et placées en conséquence dans un quartier spécial d'observation.* La création de ce quartier, avec le caractère provisoire et par conséquent facilement révocable de tout internement, est bien faite pour supprimer dorénavant, espérons-le, beaucoup d'hésitations de la part des différentes autorités qui peuvent avoir à intervenir dans le placement des aliénés.

Peut-être les maires des communes et les médecins devraient-ils, dès maintenant, s'inspirer de l'esprit de la nouvelle loi pour hésiter moins longuement dans l'application journalière de l'ancienne. En tous cas, nous avons vu qu'ici personne n'a voulu prendre en somme la responsabilité de l'internement, tous par crainte, sans aucun doute, d'engager leur responsabilité personnelle, et le maire probablement, en outre, d'engager les deniers de la commune.

A notre avis, il faudrait *rendre obligatoire l'examen mental de tout suspect d'aliénation.*

Pour cela, il faudrait que toutes les autorités (maires, magistrats, juges de paix et commissaires de police (1) *qui, à l'occasion de leurs fonctions, ont eu connaissance de faits qui relèvent notoirement de l'aliénation mentale, soient tenus*

(1) Qu'on n'oublie pas, en effet, que le commissaire de police est dans les villes la première autorité près de laquelle tous les aliénés se rendent tout naturellement pour demander aide et protection à l'autorité.

de demander à l'autorité préfectorale l'examen mental par un médecin expert.

Les médecins eux-mêmes devraient, s'ils ne veulent pas engager leur responsabilité personnelle en établissant le certificat d'internement, aider à provoquer l'examen mental du malade en conseillant à la famille de s'adresser aux pouvoirs publics qui seraient chargés de faire le nécessaire.

La déclaration des maladies contagieuses a été imposée à bon droit. La loi nouvelle sur le régime des aliénés a pensé sans aucun doute au péril qu'il y avait à ne pas protéger suffisamment la société contre cet autre genre de maladies, tout aussi dangereux pour elle. Elle prévoit qu'on ne pourra pas garder chez soi un aliéné sans en avoir fait la déclaration. N'y a-t-il pas lieu d'attirer tout spécialement l'attention bienveillante des pouvoirs publics sur les dangers qu'ils peuvent faire courir à la collectivité en gardant ainsi un aliéné parmi leurs ressortissants, que ce soit seulement pour de simples raisons budgétaires, raisons que des communes invoquent quelquefois, ou bien encore, ce qui est le cas le plus fréquent, par simple crainte de la responsabilité à prendre ou également — et combien plus malheureusement alors ! — *parce qu'ils laissent à de simples agents subalternes de l'autorité le soin de juger de l'opportunité du placement des aliénés* (comme nous l'avons vu ici dans le fait de ce commissaire de police dont la parole a suffi pour empêcher que soit ordonné l'examen mental d'un aliéné et son internement).

On rendrait peut-être aussi *le dépistage des aliénés* plus facile si de plus les magistrats qui sont appelés à recevoir de ces correspondances manifestement délirantes ou simplement suspectes, pouvaient faire appel à la compétence consultative ou décisive d'un aliéniste. Seul, en effet, un aliéniste peut éclairer sur l'importance diagnostique d'une telle correspondance, un magistrat qui n'a pas comme lui l'habitude de savoir déceler sous l'écriture le délire qui peut s'y cacher. Actuellement, il faut au juge *ou* des connaissances psychiâtriques qui ne sont malheureusement pas assez générales encore pour tous et qu'en tous cas, il a pu ne

pas acquérir suffisantes pour décider lui-même du cas, *ou bien* attendre le commencement d'exécution d'une violence (qui peut-être meurtrière d'emblée !... ne l'oublions pas !), pour faire procéder à l'arrestation du malade. Ajoutons de suite que ce procédé de l'arrestation des aliénés, outre qu'il risque d'être très dangereux puisqu'il peut parfois entraîner une rébellion agressive de l'aliéné, est un procédé qui risque aussi d'être une injustice pour la famille du malade, qui peut à juste titre craindre la marque d'opprobre qui résulte pour elle de cet emprisonnement, aussi court soit-il. Et c'est ce qui est arrivé ici, où nous avons eu à recevoir les doléances de la femme de R... au sujet de ce qu'il avait été mis en prison.

II. — Nous voyons d'autre part dans cette observation, qu'à cette question de l'internement vient s'ajouter un autre point de vue qui mérite peut-être aussi quelques courtes réflexions.

Nous nous trouvons incidemment ici en présence d'un individu dont la femme s'est vue dans l'obligation de demander le divorce pour échapper aux dangers qu'elle courait chaque jour et à la vie intolérable qu'elle était obligée de subir dans cette existence en commun avec un aliéné.

On discute en ce moment sur le *divorce des aliénés* et l'on s'accorde généralement à dire qu'il y a des cas où le divorce devrait être possible malgré ou à cause de l'aliénation mentale. On vise en cela plus spécialement il est vrai les aliénés internés. Nous voyons ici que *le divorce a été prononcé à cause de et malgré l'aliénation mentale,* ce qui est un fait intéressant en lui-même. Ce fait nous ramène d'abord pour un moment à tout ce qui a été dit et écrit, de si justement éloquent sur la valeur du témoignage de l'aliéné en justice, avec cette particularité ici, que c'est dans sa propre cause que l'aliéné a témoigné. Mais nous voyons en plus qu'ici le divorce n'a pas été prononcé contre R... parce qu'il était aliéné, mais parce qu'il avait injurié gravement et même battu sa femme. Il semble qu'en jugeant cette affaire où il était médicalement indiscutable qu'il y avait un aliéné, on ait retenu seulement l'effet et négligé la cause de la conduite de R....

Quand un juge prononce la dissolution de la communauté pour des faits *d'incompatibilité d'humeur*, est-il toujours bien sûr de ne pas avoir devant lui un aliéné qu'il va reconnaître ? Il n'est pas besoin de dire qu'il y a peu de personnes plus difficiles à vivre parfois qu'un aliéné, surtout quand il s'agit d'un halluciné, d'un persécuté et qu'il a un délire ayant le caractère conjugal. Quand un juge décide le divorce, il prononce donc sa sentence pour protéger un des conjoints contre l'autre.

Or, dans la discussion en cours sur le divorce des aliénés, certaines personnes se sont élevées contre l'idée même de ce divorce, en posant en principe que l'aliénation mentale n'est qu'un risque du mariage et que le conjoint bien portant devait subir toutes les conséquences de son union, quelles qu'elles fussent, heureuses ou malheureuses. Dès lors, par une étrange anomalie, le divorce ne peut être obtenu que quand le mot d'aliénation n'est pas prononcé, quels que soient les sévices ou les injures qui en aient été le fondement. On ne voit cependant pas *à priori* pour quelle raison le divorce ne serait pas prononcé pour les mêmes faits objectifs quand ils relèvent de l'aliénation mentale, puisque le juge peut, dans tous les autres cas d'incompatibilité d'humeur, prononcer le divorce éclairé par son seul bon sens. La certitude scientifique donnée par un médecin expert que les mêmes troubles de l'humeur ou de la conduite relèvent de l'aliénation mentale ne peut pas faire changer d'opinion le juge, mais l'aider seulement à rendre sa sentence de divorce en plus parfaite connaissance de cause, après qu'il aurait reçu de l'expert cette assurance que ces troubles sont durables et ressortissent à un état mental définitivement morbide !

Cette courte digression faite, nous pouvons nous demander si, dans le cas qui nous occupe, le divorce, avec les sévices qui en étaient le fondement juridique, ne risque pas d'apparaître dans l'espèce, comme une solution sociale tout à fait malheureuse ? Tout d'abord, il enlève à ce malade son foyer, sans le remplacer par autre chose et livre sans défense un aliéné à la rue, au lieu de le secourir. Car, qu'est-il arrivé ? C'est qu'une fois le lien de famille rompu, sa femme ne s'est pas

préoccupé de lui : il a été abandonné à lui-même ; il a de plus en plus dilapidé son argent en achats désordonnés de denrées et de médicaments, puis il a quitté le village où tout le monde le connaissait et savait ce qu'il fallait penser de lui : il déménage une première fois ; il était sur le point de changer encore de ville quand il a été arrêté.

En un mot, *cet aliéné antérieurement en liberté dans sa famille et dans son village, a été par le fait même de son divorce, mis en liberté dans la rue et dans son département, au détriment de la sécurité de la plus grande collectivité,* vers laquelle cet aliéné dangereux s'en était allé.

Ensuite, ce divorce qui a cru protéger les intérêts de la famille, l'a peut-être fait, mais alors seulement au détriment à la fois des intérêts de la société, comme nous venons de le faire entendre, et des intérêts matériels et moraux véritables des deux intéressés, car il a faussé leur situation réciproque. En effet, l'un d'eux, le mari, devait être incapable de le subir étant aliéné, n'étant pas libre de son intelligence, et l'autre, la femme, ne le demandant pas d'elle-même, ne le désirant pas pour des considérations religieuses et sociales à la fois, comme nous l'avons vu. Ici, le divorce a donc fait un condamné d'un malade ; il lui a imputé des torts qu'il ne saurait avoir, même d'après la loi. Le divorce a donc été pour lui et pour sa femme une solution à bien des titres malheureuse, et nous en prenons acte pour insister à nouveau sur les inconvénients qu'il y a à laisser jouir de leurs droits d'homme et de citoyen des individus notoirement aliénés, en même temps que sur l'intérêt qu'il y a à les interner le plus tôt possible pour les raisons de prévention sociale que nous avons précédemment exposées.

Il y a donc quelque chose à faire pour l'internement et même pour le dépistage des aliénés en liberté, si l'on veut éviter le renouvellement de ces agressions malheureuses, comme celle dont un de nos confrères a été la triste victime ces temps derniers et dont les magistrats sont menacés chaque jour de par leurs fonctions mêmes.

COMMUNICATIONS DIVERSES

(RÉSUMÉS ANALYTIQUES)

Note anatomo-clinique sur un cas d'Acromégalie

par MM. Gilbert BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris).

Les auteurs montrent les coupes des glandes endocrines d'une acromégalique de 61 ans, morte hémiplégique par ramollissement d'origine artérielle. L'hypophyse, augmentée de volume et de poids, présente une dépression cupuliforme très marquée sur sa face supérieure, une très grande richesse du lobe nerveux en cellules à pigment et une sclérose annulaire au lobe glandulaire avec hyperplasie épithéliale à prédominance éosinophile.

La thyroïde, goîtreuse, présente, en dehors du kyste du lobe droit, une cirrhose hypertrophique avec double évolution des cellules vésiculaires vers des éléments volumineux et éosinophiles, ou au contraire vers de petites cellules rondes indifférenciées. Les surrénales, dont la capsule fibreuse épaissie envahit la glomérulaire, ont une forte spongiocytose de la fasciculée et une médullaire riche en cellules granuleuses. Une surrénale accessoire sans médullaire est également spongiocytée.

Le pancréas, un peu scléreux, a de beaux îlots de Langerhans.

La partie corticale de l'ovaire, atrophié, ne contient plus de follicules de Graaf ; la médullaire est encore pourvue de cellules interstitielles.

Contribution à l'étude des Hyperplasies glandulaires de l'Hypophyse

par M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris).

L'auteur présente les coupes de cinq hypophyses permettant d'étudier les passages des simples hyperplasies par hyperfonction aux processus inflammatoires, adénomateux cancéreux.

C'est d'abord une tumeur glandulaire alvéolaire à prédominance d'éosinophiles et une tumeur glandulaire en nappe à prédominance d'éosinophiles, qu'on peut dire hypophysites parenchymateuses hypertrophiques et qui proviennent de deux acromégaliques.

C'est ensuite deux hypophyses scléreuses, dont le stroma est percé de boyaux épithéliaux formés de cellules à prédominance éosinophile, tantôt nettement hyperplasiées, tantôt en dégénérescence et cytolyse.

Ces coupes de cirrhose annulaire, dont certains points plus actifs donnent l'impression d'adénomes, proviennent de deux femmes âgées, atteintes l'une de démence neuro-épithéliale et l'autre de chorée chronique.

C'est enfin une tumeur de 190 grammes étudiée antérieurement avec Vigouroux chez un aliéné amaurotique, épithélioma primitif de l'hypophyse qui paraît répondre aux épithéliomas pavimenteux décrits par Erdheim, Bregmann et Steinhaus.

Hystérie et Mythomanie

par MM. DUPRÉ et LOGRE (de Paris).

Les auteurs se proposent de déterminer les rapports qui existent entre l'hystérie et la mythomanie.

Après avoir rappelé comment, à la suite d'innombrables

travaux, l'hystérie est aujourd'hui considérée comme une affection éminemment psychologique, où la suggestion et la simulation jouent un rôle capital, ils proposent une formule qui leur paraît à la fois compléter et limiter les définitions de Babinski. Observant que certains débiles imaginatifs sont susceptibles d'accepter des suggestions manifestement déraisonnables et pathologiques (folie à deux, complicités criminelles, captations, etc.), sans que cependant il soit possible d'invoquer cliniquement l'existence de l'hystérie, ils ont établi que le propre de la suggestion hystérique est non seulement d'apparaître comme déraisonnable et pathologique, mais avant tout, de provoquer chez le sujet la reproduction de certains symptômes et de certaines maladies. La suggestion hystérique n'est pas simplement la *suggestion pathologique*, c'est la *suggestion du pathologique.*

Si, d'autre part, on considère non plus l'influence étrangère qui provoque la suggestion, mais la réaction personnelle du sujet, on reconnaît que l'hystérie est un syndrome essentiellement *imaginatif.* L'hystérie relève soit de l'*imagination reproductrice* (hétéro-suggestion, imitation), soit surtout de l'*imagination créatrice* (auto-suggestion, demi-simulation). Les auteurs, à ce propos, entreprennent la critique de la notion courante de la suggestibilité hystérique. La suggestion accueillie par l'hystérique est, d'ordinaire, non l'ordre impérieux et formel de reproduire un syndrome, mais, selon une acception fréquente du mot suggestion, une insinuation en général discrète, émise sous forme interrogative ou dubitative, une indication souvent fort vague, et que l'imagination du sujet doit compléter ; c'est un simple thème, un canevas, sur lequel l'hystérique peut broder à loisir. Caractérisée par la puissance d'objectivation de l'idée, par la contrefaçon des maladies, par l'organisation et la mise en scène de syndromes fictifs, obéissant dans toutes ses manifestations aux lois classiques de l'activité imaginative, reproductrice et créatrice, l'hystérie, comme l'a soutenu Hartenberg, est d'essence mythopathique ; elle peut se définir : la *mythomanie des syndromes.*

Il est facile, en effet, dans la symptomatologie de l'hystérie,

de retrouver tous les caractères classiques de la mythomanie. L'hystérie, comme la mythomanie, ne doit pas être confondue avec le mensonge et la simulation, l'intervention de l'intelligence et de la volonté, qui caractérise le mensonge et la simulation étant accessoire et contingente chez les hystériques comme chez les mythomanes. L'essence de leur état mental est dans la tendance constitutionnelle, consciente on non, volontaire ou non, à l'altération de la vérité et à la fabulation. En fait, le déséquilibre imaginatif des mythomanes oscille en quelque sorte continuellement entre deux directions extrêmes, entre deux pôles : imagination créatrice reproductrice, hétéro-suggestion, imitation, d'autre part. L'association à peu près constante de ces deux éléments est cliniquement spécifique de la mythomanie. La question de la sincérité des hystériques est donc une question en réalité mal posée ; pratiquement, il s'agit presque toujours, selon le mot de Babinski, de demi-simulation. Maladie de l'imagination, l'hystérie ne peut produire que des troubles fonctionnels ; les troubles organiques associés, et auparavant imputés à l'hystérie, relèvent d'autres facteurs, notamment de l'émotion.

La plupart du temps, l'hystérie provoque des symptômes manifestement paradoxaux et factices, véritables mensonges physiologiques, impossibles à distinguer objectivement de la simulation volontaire : l'aveugle voit, le sourd entend, l'anesthésique reste habile de ses doigts, etc.

Produit d'interpsychologie et de culture, de malade à malade, de médecin à malade et de médecin à médecin, l'hystérie varie dans son expression suivant les âges, les milieux et échappe nécessairement, par l'indéfini de ses formes et de ses manifestations, à un cadre nosologique précis et complet.

Certains accidents peuvent cependant passer à l'état chronique et demeurer comme une image fixe, irréductible, par le mécanisme d'une véritable ankylose psychologique.

Enfin l'hystérie obéit d'ordinaire dans son apparition, et ses variations, aux mêmes motifs profonds, d'ordre affectif qui déterminent les manifestations mythopatiques ; mytho-

manie vaniteuse et mythomanie de luxe, tendance à organiser des syndromes factices par esprit d'ostentation, goût de mise en scène, théâtralisme, ou par simple besoin de fabuler, pour rien, pour le plaisir ; mythomanie maligne, mythomanie intéressée et cupide, celle-ci d'ordinaire beaucoup plus tenace, comme il arrive dans l'hystéro-traumatisme et les accidents du travail, en raison de l'importance vitale des intérêts en jeu.

En résumé, l'hystérie peut se définir : la *mythomanie des syndromes.* Le mythomane ordinaire ment et fabule en paroles et en actions. L'hystérique, lui aussi, est un mythomane au sens ordinaire du mot, et l'état mental des hystériques, décrit par les auteurs, se confond plus ou moins complètement avec la constitution mythomaniaque. Mais, en outre, l'hystérique, pour mentir et fabuler, dispose de la physiologie particulièrement complaisante de ses organes. Le mythomane, peut-on dire, ment surtout avec son esprit ; l'hystérique ment surtout avec son corps.

Cette aptitude spéciale à réaliser les syndromes peut être désignée sous le nom *psycho-plasticité* de l'hystérique. Et l'hystérie elle-même se caractérisant par l'existence de cette plasticité mise au service de la mythomanie, les auteurs proposent, pour dénommer l'hystérie, le terme de *mythoplastie.*

M. Rémond (de Toulouse) rappelle que Charcot avait déjà indiqué ce caractère psychique de l'hystérie en la nommant la grande simulatrice. Il spécifiait ainsi que toute représentation de maladie peut créer, dans le cerveau de ses sujets, des troubles somatiques.

M. Hartenberg (de Paris). — Je suis heureux de voir les opinions que j'ai émises sur le rôle de l'imagination chez les hystériques confirmées par M. Dupré. Pourtant, je ne vois pas de motifs suffisants pour restreindre le terme d'hystérie aux seuls malades qui fabriquent des troubles corporels imaginatifs ; ce même terme s'appliquerait tout aussi légitimement aux autres désordres dus à l'imagination, et la

preuve clinique est que les uns et les autres se rencontrent, en réalité, chez les mêmes malades.

Au reste, il me paraît impossible de définir ou de limiter l'hystérie. La clinique nous apprend seulement ceci : c'est qu'il y a des individus pourvus d'une imagination riche, colorée, active, qui, sous l'influence d'une émotion, vont réaliser des manifestations imaginatives variées, soit corporelles, soit mentales. Mais, entre ces sujets et les sujets normaux, dont l'imagination réagit aussi sous l'influence des émotions, il est une infinité de degrés et de termes de passage. Il n'y a pas d'hystérie-maladie qu'on puisse schématiser : il n'y a que des sujets plus ou moins imaginatifs, auxquels on pourra réserver, si l'on veut, l'épithète d'hystériques.

Suggestibilité, Pithiatisme et Hystérie

par M. P. COURBON (d'Amiens).

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, atteinte d'imbécillité profonde et d'hystérie (crises convulsives, contractures, chorée transitoire).

Bien que la suggestibilité soit très grande, la persuasion par les arguments les plus susceptibles de solliciter son affectivité est sans effet sur les phénomènes hystériques. Les phénomènes morbides se répètent sans cause apparente ou secondairement à une émotion. Impossible, par exemple, de faire cesser la contracture de jambes causée par la visite de sa famille, bien qu'on fasse de la disparition des troubles de la marche la condition indispensable et suffisante du départ de la malade avec les siens chez qui elle veut retourner à tout prix. Au contraire, on la décide à rester en invoquant de misérables prétextes, comme celui de la nécessité pour ses parents d'aller préalablement chercher chez eux son chapeau.

Cette malade, chez qui la persuasion, très facile à exercer,

est impuissante à modifier les manifestations morbides, ne peut-elle pas être considérée comme un exemple d'hystérie pure, de pithiatisme ?

La Résistance des Enfants de 2 ans 1/2 à la fatigue

par M. COLLIN (de Paris).

Si l'on place les bras d'un enfant de 2 ans 1/2 dans une position quelconque, mais fatigante à conserver, on constate qu'il la garde cependant sans fatigue apparente. En revanche, au-dessus de trois ans, les signes de la fatigue se manifestent.

Normalement, cette résistance à la fatigue est contemporaine des signes de débilité motrice physiologique. Lorsqu'elle persiste au-delà de l'âge de trois ans, elle permet de supposer un arrêt de développement du système nerveux, qui prépare un futur psychonévropathe.

Les Phénomènes de Circuit interrompu et de Court-circuit et Pathologie nerveuse et mentale

par M. BINET-SANGLÉ (de Paris).

Le système nerveux est un faisceau de conducteurs par où l'énergie puisée dans le monde extérieur se rend, après avoir subi certaines transformations, aux fibres musculaires pour en provoquer la contraction.

Or, si dans un faisceau de fils électriques émanant d'une source à débit constant et actionnant des machines, on vient à couper un certain nombre de fils, deux phénomènes se produisent :

1° Le courant ne passe plus par les fils coupés et il en

résulte un arrêt des machines qu'ils actionnent. Autrement dit, il se produit un *phénomène de circuit interrompu* ;

2° Toute l'énergie électrique s'engage dans les fils intacts. Si leur calibre est suffisant, ils n'opposent aucune résistance au passage du courant et les machines par eux actionnées travaillent avec une intensité plus grande. Si leur calibre est insuffisant, ils s'échauffent et deviennent lumineux. Autrement dit, il se produit un *phénomène de court-circuit.*

Ces phénomènes de circuit interrompu et de court-circuit se retrouvent en pathologie nerveuse et mentale.

C'est ainsi que les anesthésies, les amnésies et les hypotonies ou les paralysies peuvent être assimilées à des phénomènes de circuit interrompu, tandis que les hyperesthésies, les hypermnésies et les hypertonies ou les contractures peuvent être assimilées à des phénomènes de court-circuit.

En pathologie nerveuse comme en électricité, toute interruption partielle des conducteurs dans les centres entraîne un phénomêne de court-circuit : *tout phénomène de court-circuit est conditionné par un phénomène de circuit interrompu.* Toute anesthésie, amnésie ou hypotonie d'origine centrale entraîne une hyperesthésie, une hypermnésie ou un hypertonus. Toute hyperesthésie, hypermnésie ou hypertonie d'origine centrale est la conséquence d'une anesthésie, d'une amnésie ou d'un hypotonus.

Cette loi se vérifie constamment dans l'hystérie. Elle se vérifie également dans d'autres accidents et syndromes nerveux.

C'est ainsi que le rêve et l'hallucination, qui sont des phénomènes d'hypermnésie, coïncident avec de l'obtusion des sens et de l'amnésie.

Les contractures qui compliquent les paralysies d'origine centrale ne sont pas dues à une irritation ou à la suppression d'une action inhibitrice émanant des centres ; c'est un phénomène de court-circuit résultant de ce que l'arc de Marshall-Hall ou l'arc cérébello-spinal a perdu ses communications avec le réservoir cérébral et n'y déverse plus, comme à l'état normal, une partie de l'énergie qu'il tient en réserve dans ses neurones et dont il se réapprovisionne

sans cesse dans les laboratoires cellulaires. Toute cette énergie est donc employée à la contraction des muscles de l'arc.

Le rôle des Corrélations fonctionnelles en Pathologie nerveuse et mentale

par M. MENDELSSOHN (de Paris).

L'auteur attribue aux corrélations fonctionnelles une grande importance clinique en pathologie nerveuse et mentale.

Il nomme *corrélation fonctionnelle* le rapport constant qui existe entre divers phénomènes constituant un groupe fonctionnel. La corrélation fonctionnelle est basée sur une certaine causalité sans toutefois être un simple rapport de cause à effet.

Nombreuses sont les corrélations fonctionnelles dans le domaine du système nerveux aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique. Elles sont même plus nombreuses dans les maladies, car le processus morbide crée souvent dans le système nerveux des corrélations fonctionnelles importantes qui n'existaient même pas ou qui passaient inaperçues à l'état normal.

Les corrélations fonctionnelles dans le système nerveux s'établissent entre le système sensitif et le système moteur (comme par exemple le tabes), entre la réflectivité spinale et l'excitabilité neuro-musculaire, entre le cerveau et l'axe spinal, entre le cerveau et d'autres organes, glandes endocrines, cœur, estomac, etc., enfin entre les organes des sens.

M. Mendelssohn insiste sur le rôle du système nerveux dans la production des corrélations fonctionnelles dans l'organisme ; il décrit un *symptôme de relation* qui résulte de la rélativité des phénomènes morbides et précise sa valeur pathognomonique pour certaines affections du système nerveux central et périphérique.

Les Transformations évolutives dans la Paralysie générale et les Idées de suicide chez les Paralytiques généraux

par MM. MABILLE et PERRENS (de La Rochelle),

La paralysie générale est en train de se transformer, au moins dans son aspect clinique habituel : 1° elle tend à une évolution plus lente ; 2° elle perd peu à peu son caractère de joyeuse exubérance pour ne conserver le plus souvent qu'un caractère purement démentiel. Elle deviendrait, en somme, et plus longue et plus triste. Sur neuf paralytiques généraux actuellement à l'asile de Lafond, quatre sont en traitement depuis plus de six ans et deux depuis plus de deux ans. Suivent les observations de trois malades chez lesquels le diagnostic clinique de méningo-céphalite diffuse fut confirmé par les résultats de la ponction lombaire et de l'albumino-diagnostic. Le premier est interné depuis 1906, le second depuis 1897, le troisième depuis 1891. Chez tous on constate, non point une rémission des symptômes fondamentaux, mais une évolution d'allure extrêmement modérée.

Dans la seconde partie de leur travail, MM. Mabille et Perrens insistent sur la plus grande fréquence des formes mélancoliques, avec inhibition psychique, douleur morale et idées de suicide. Au résumé de deux observations publiées en 1896 par M. Mabille, ils ajoutent deux observations nouvelles fort suggestives de paralytiques généraux ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Ils terminent par cet avis : qu'il est indispensable de surveiller attentivement cette catégorie de malades « si l'on veut ne pas avoir à enregistrer des morts prématurées ».

Psychoses avec Délire systématisé, consécutives à une Infection gonococcique

par M. FAMENNE (de Bruxelles).

L'auteur rapporte trois observations personnelles de malades, chez lesquels il n'a pas trouvé de tares héréditaires,

qui ont été normaux et actifs jusqu'au jour de leur infection, et qui, à la suite d'une blennorragie aiguë, ont présenté un délire systématisé de persécution, ayant des conséquences médico-légales graves.

La première concerne un homme de 28 ans qui, quelques mois après une blennorragie, devint paranoïaque, fut poursuivi par l'idée fixe de se venger de son médecin et finalement le tua de plusieurs coups de revolver. Il se constitua prisondier, se déclarant satisfait d'avoir commis cet acte criminel ; l'affaire est classée et le malheureux interné dans un asile. Ses parents demandent aujourd'hui (deux ans environ après le début de la maladie) sa sortie, le malade présentant les apparences de la guérison.

Le second cas est celui d'un employé de commerce, âgé de 32 ans, qui contracta une blennorragie guérie sans complications. Mais le malade resta déprimé, devint processif, intenta plusieurs actions judiciaires mal fondées, fit enfin un délire systématique de persécution qui amena son internement dans un asile.

La troisième observation est celle d'un industriel de 56 ans, très actif et faisant bien ses affaires. Il contracta une blennorragie compliquée d'orchite, mais guérit complètement. Puis, il commença à se préoccuper de son état, tomba dans l'hypocondrie, eut des hallucinations et finalement se pendit un matin au ciel de son lit.

Selon l'auteur, ces faits tendraient à prouver : 1° Que la maladie infectieuse a créé chez ces malades une disposition spéciale, analogue à la prédisposition héréditaire, rendant leur système nerveux plus sensible, plus réceptif, et suffisant à créer un terrain favorable à l'éclosion de la maladie ;

2° Que l'infection agit soit par la diffusion brute des toxines dans tout l'organisme, soit plutôt par la perturbation apportée dans les sécrétions internes des glandes génitales et de leurs annexes ;

3° Que la nature du délire est en rapport avec la nature de l'infection, l'espèce du toxique ; que par exemple le bacille de Pfeiffer, associé aux streptocoques dans la grippe, entraînera la confusion mentale, la tuberculose produira des états

neurasthéniques, la syphilis des délires hypocondriaques, l'alcool enfin, pour prendre un toxique non infectieux, créera surtout des troubles de l'imagination et favorisera l'éclosion d'hallucinations.

M. Wahl (de Pontorson) demande si c'est bien l'infection qui est responsable de tous ces accidents. Ne faut-il pas plutôt mettre en cause le rôle tout spécial que paraissent jouer les préoccupations d'ordre génital ? D'ailleurs, il est bon de remarquer que ces grands troubles psychopathiques s'observent surtout chez les hommes.

M. Dupré (de Paris). — Le rôle prépondérant dans la genèse de ces accidents revient à la prédisposition. Les cas de ce genre sont en effet relativement peu nombreux, tandis que les blennorragiques non délirants sont innombrables.

Du reste, l'infection crée surtout des délires confusionnels. Il est difficile de lui attribuer les délires interprétatifs rapportés par M. Famenne. Ses malades étaient vraisemblablement des hypocondriaques à obsessions génitales. comme on en voit souvent. Et il est bien vraisemblable aussi qu'on aurait pu trouver dans leur passé des troubles psychopathiques préalables.

M. Régis (de Bordeaux). — Il est exact, comme le fait remarquer M. Wahl, que les troubles mentaux liés aux préoccupations génitales s'observent surtout chez des hommes, la vie sexuelle jouant un rôle beaucoup plus grand dans les préoccupations de l'homme que chez la femme. On peut en distinguer trois catégories :

1° Ceux qui ont la phobie d'une affection génitale qui n'existe pas réellement chez eux ;

2° Les persécutés hypocondriaques, qui se recrutent plus souvent chez des sujets atteints de malformations génitales que chez ceux qui ont une affection accidentelle des organes génitaux ;

3° Enfin, des neurasthéniques qui tendent à verser dans l'hypocondrie à la suite d'une longue infection génitale,

et notamment de ces blennorrhées interminables qui sont un des principaux facteurs d'asthénie.

M. Remond (de Toulouse). — La cause de ces troubles mentaux est moins le mal en lui-même que sa localisation sur les organes génitaux. J'ai vu une psychose dépressive se montrer à la suite d'une tuberculose testiculaire le jour seulement où le malade a eu connaissance de la nature de son affection. Chez un maître d'armes atteint de tuberculose génitale, les troubles mentaux n'apparurent qu'à partir du jour où l'épididyme se mit à suppurer ; et ils disparurent avec la cessation de la suppuration.

Obsessions et Volonté

par M. P. HARTENBERG (de Paris).

Le rôle de la volonté dans les obsessions est encore discuté parmi les psychiâtres. Pour les uns, considérant l'obsession comme un phénomène essentiellement émotif, la volonté ne joue aucun rôle. Pour les autres, au contraire, c'est la faiblesse de la volonté qui est responsable de l'obsession. D'autres, enfin, adoptant une opinion mixte, estiment que l'bosession est à la fois le produit de l'émotivité et de l'aboulie.

M. Hartenberg, d'après son expérience personnelle, estime que l'obsession est essentiellement et avant tout un trouble de nature émotive et que c'est l'anxiété qui crée de toutes pièces l'obsession sans que l'aboulie y prenne aucune part.

Mais, une fois l'obsession constituée, deux cas se présentent. Ou bien l'individu est un individu de volonté faible, incapable de réagir, de lutter contre son obsession, et alors celle-ci persiste à la faveur de cette aboulie. Ou bien l'individu est énergique, résolu ; il lutte contre son obsession, la domine et finit par en avoir raison, ainsi que le démontre l'exemple de certains malades.

Pour conclure, l'obsession est un trouble à base émotive qui s'installe indépendamment de toute volonté. Mais c'est grâce à l'aboulie, à l'insuffisance de lutte, qu'elle persiste et tyrannise le malade.

La Paresse pathologique

par M. HAURY (de Châlons-sur-Marne).

Bien des paresseux sont des malades, car s'il y a une *paresse physiologique,* passagère et d'origine physique ou mentale, et qui est la paresse du fatigué, il y a aussi une *paresse pathologique* plus ou moins durable.

C'est la paresse de l'affaibli, et dans ce cas elle est due à des troubles de l'organisme, comme par exemple chez les convalescents, chez les individus qui commencent une maladie, et surtout dans les maladies chroniques (asthénies symptomatiques dont les plus connues sont celles du tuberculeux et de l'addisonien). C'est une paresse plus spécifique qui apparaît comme symptôme unique ou en tous cas prépondérant, quand elle est due à des troubles des fonctions directrices des activités de relation. C'est ce ralentissement morbide dans les fonctions psycho-motrices qu'on voit dans les affections nerveuses et mentales. Et c'est cette paresse qui nous intéresse le plus.

On va la voir alors sous forme de paresse pathologique *passagère et périodique,* après des crises parfois méconnues, parce que nocturnes, d'épilepsie, et aussi chez les petits cyclothymiques. Mais on la voit plus communément sous la forme de *paresse pathologique habituelle,* et la cause en est très variable. On l'a vue causée par une tumeur du cerveau. Les états nerveux d'hystéricisme, de neurasthénie, surtout de psychasténie, les aboulies font des « paresseux ». (Les anormaux psychiques se conduisent souvent socialement comme tels aussi). Les pithiatiques le paraissent, comme aussi l'individu frappé de sinistrose. Mais ce sont surtout

les psychoses à forme asthénique (comme les confus simples) ou mélancolique (comme les déprimés mélancoliques) et les faiblesses intellectuelles démentielles, surtout la démence précoce, qui laissent croire le plus souvent que les malades ne sont que des paresseux.

L'auteur cite plusieurs exemples : il donne notamment celui d'un fils de famille qui avait été considéré par tout le monde dans son pays comme le plus grand des paresseux, parce qu'il vivait en oisif depuis que, son intelligence ayant baissé, il avait dû interrompre ses études ; or, c'était un dément précoce. Il avait déjà été placé par les siens dans une maison de santé et même interné à l'étranger, avant de venir au régiment, d'où il avait déserté bientôt après s'y être montré comme le soldat le moins zélé qui fût.

Un autre malade était un débile qui avait montré une *aversion singulière pour tout effort physique*, demandant à être mis en prison plutôt que d'aller à l'exercice, et qui, un jour de marche militaire, fit un refus d'obéissance sans que personne pût jamais obtenir de lui le motif de son refus de marcher. Il avait en réalité des idées mélancoliques et des préoccupations hypocondriaques ; il ne voulait *littéralement rien faire* parce qu'il croyait avoir une maladie de cœur.

Les médecins, et particulièrement les médecins de collectivités d'enfants ou de jeunes gens (notamment les médecins militaires) ont le plus grand intérêt à connaître cette similitude d'apparence sociale qui rapproche des malades si différents les uns des autres. Mais l'éducateur, et même les psychologues, ne devraient pas ignorer l'existence de cette paresse pathologique. En tous cas, parmi les éducateurs, les officiers devraient bien savoir que la paresse est une maladie et même une maladie très grave, et aussi que la paresse pathologique n'est qu'une forme de cette *indiscipline morbide* que l'auteur a antérieurement étudiée, et qui révèle souvent de nombreux malades à une observation un peu attentive.

Hallucinations visuelles chroniques sans délire

par M. AIMÉ (de Nancy).

Observation d'une malade qui, depuis quatre ans, présente quotidiennement des hallucinations visuelles sans manifestations délirantes. Il s'agit d'une femme de 38 ans, intelligente, sans aucuns stigmates ni antécédents qui, du fait de grossesses répétées, souffre non seulement d'une entéroptose généralisée, mais surtout de son rein droit très mobile. Peu de jours après la mort de sa mère, elle eut de véritables accès d'angoisse et, disait-elle, des *visions* funèbres. Elle voyait un cercueil, le catafalque, les cierges allumés, le visage de sa mère morte. Ces visions se produisaient à toutes heures du jour. Il y eut d'abord la représentation d'un cercueil, puis bientôt de plusieurs. Elle en compta six un jour dans le ciel de la fenêtre du cabinet de consultation; elle les décrivait très nettement, sans en éprouver de terreur.

L'examen des yeux est normal. Pas d'hallucinations d'autres sens. La malade est très sensible et analyse très bien tout ce qu'elle éprouve. Ni crises convulsives, ni interprétations délirantes. Pas d'insommies. Urines normales, sauf une phosphaturie légère. Menstrues régulières. La ptose est telle qu'un chirurgien juge impossible une intervention. Une contention passable des organes est réalisée au moyen d'une ceinture appropriée. Les accès d'angoisse s'amendent et les hallucinations perdent de leur acuité et de leur fréquence, néanmoins elles persistent comme une sorte de transposition d'un souvenir ineffaçable. Elles n'ont jamais eu un caractère obsédant. Surajoutées à l'angoisse et à la dépression qui causaient et entretenaient des troubles sympathiques très vraisemblablement liés à l'entéroptose et les troubles d'excrétion urinaire liés à la néphroptose, elles n'ont pas disparu avec elle.

Il semble bien qu'il s'agisse d'hallucinations pures, expression mentale un peu lointaine des désordres cénesthopathiques provoqués par la néphroentéroptose.

Conseils pour la Correction des Troubles fonctionnels de la parole

par M. Henry MEIGE (de Paris).

Les troubles fonctionnels de la parole, — ceux qui ne sont liés ni à une altération centrale, telles que les différentes varitéés d'aphasie, ni à une altération périphérique nerveuse ou musculaire, ni à une malformation congénitale ou acquise, — les troubles purement fonctionnels de la parole dépendent de trois sortes de perturbations qui peuvent exister isolément, ou, ce qui est plus fréquent, simultanément.

La grande majorité des troubles qualifiés communément de bégaiement reconnaissent pour origine l'une ou l'autre ou l'une et l'autre de ces perturbations fonctionnelles.

La plus fréquente est un trouble de la *fonction respiratoire*, variable dans sa forme et dans son intensité, mais qui, en définitive, peut se résumer en ceci : Le sujet cesse subitement de respirer, ou bien il fait une inspiration trop brusque ou incomplète, ou bien son expiration s'interrompt brusquement, ou bien encore il inspire quand il devrait expirer et inversement. Les variantes individuelles sont nombreuses. Mais il est constant d'observer un déficit respiratoire lié à l'incorrection des actes respiratoires normaux.

Les troubles de la *fonction phonatoire* sont aussi fréquents. Ils tiennent à des anomalies surtout par excès de la contraction des muscles glottiques. L'anche laryngée a tendance a se clore trop vite et trop fortement. Par suite, la tonalité de la voix s'élève.

Enfin, les troubles de la *fonction élocutoire* sont le plus ordinairement caractérisés par deux sortes de phénomènes : la précipitation des mouvements d'articulation et le peu d'amplitude de ces mouvements. Le sujet parle trop vite et ne prend pas le temps nécessaire pour faire exécuter à sa langue, à ses lèvres, à son pharynx, les mouvements utiles pour une diction correcte.

En somme, on peut dire que, dans l'immense majorité des

cas, les troubles purement fonctionnels du langage tiennent à trois causes principales : 1° une respiration irrégulière ; 2° une trop grande élévation de la tonalité vocale ; 3° une trop grande rapidité d'élocution.

Partant de cette analyse clinique, on peut en déduire logiquement un certain nombre de conseils correcteurs. L'observation démontre que ces conseils portent leurs fruits à la condition qu'ils soient mis en pratique avec régularité et persévérance :

1° *Correction du rythme respiratoire.* — Son principal défaut étant l'irrégularité et la trop grande rapidité, on devra conseiller des exercices respiratoires ayant pour but de régulariser et de ralentir les mouvements de la respiration. On fera faire d'abord au sujet des exercices respiratoires simples, puis lorsque ceux-ci seront bien exécutés, il devra s'efforcer de les mettre en pratique pendant la lecture et pendant la parole. Dans chaque cas particulier on insistera sur la correction des fautes les plus saillantes (insuffisance de l'inspiration, temps d'arrêt pendant l'expiration, trop grande fréquence des mouvements respiratoires, etc.).

2° *Correction des troubles phonatoires.* — Comme la faute la plus commune est une élévation excessive de la tonalité vocale, on recommandera au sujet d'adopter un ton de voix plus grave.

3° *Correction des troubles élocutoires.* — Ici, la faute principale étant l'excès de vitesse et l'insuffisance des mouvements d'articulation, on conseillera la lenteur de la parole et l'exagération des mouvements de la mimique faciale, en faisant parler le sujet devant un miroir.

Ces conseils peuvent se résumer simplement dans la formule suivante : *respirer bien, parler grave, parler lent, grimacer.*



IV

Assemblée Générale

Réceptions et Excursions

Assemblée générale

Le Congrès s'est réuni en Assemblée générale, le vendredi 4 août, à 5 heures du soir, dans la salle des fêtes de l'asile de Dury, sous la présidence de M. Deny.

En l'absence de M. Decroly, secrétaire général du Congrès de Bruxelles, le Président fait connaître les résultats financiers de la 20e session (1910). — Voir page 17 du rapport.



L'Assemblée générale procède à l'élection de deux membres du Comité permanent, en remplacement de MM. Crocq, démissionnaire, et Doutrebente, décédé.

MM. Long (de Genève), et Lallemant (de Rouen), sont élus.



M. Semelaigne (de Paris), est élu secrétaire-trésorier permanent.

L'Assemblée générale décide que la prochaine session du Congrès aura lieu à Tunis, au mois d'avril 1912, sous la présidence de M. Mabille, vice - président du Congrès d'Amiens.

Pour cette session sont élus : vice-président, M. Arnaud, (de Paris) ; secrétaire général, M. Porot (de Tunis).



Les questions proposées et adoptées pour le Congrès de Tunis sont celles qui avaient été déjà choisies par le Congrès de Bruxelles :

Première question : Les perversions instinctives. Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Deuxième question : Complications nerveuses et mentales du paludisme. Rapporteur : M. Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.

Troisième question : L'assistance des aliénés aux colonies. Rapporteur général : M. Régis, professeur à la Faculté de Bordeaux.

M. Régis, au nom de M. Porot, donne à l'Assemblée des renseignements qui indiquent que l'organisation du Congrès de Tunis est en très bonne voie et que le programme en pourra être réalisé dans des conditions particulièrement avantageuses.

L'Assemblée générale décide ensuite que le Congrès de 1913 se tiendra au Puy, sous la présidence de M. Arnaud, vice-président du Congrès de Tunis ; M. Suttel est désigné comme secrétaire général pour cette session.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

Première question : Les troubles du mouvement dans la démence précoce. Rapporteur : M. Lagriffe (d'Auxerre).

Deuxième question : L'hémianesthésie dans l'hémiplégie cérébrale. Rapporteur : M. Monnier-Vinard (de Paris).

Troisième question : L'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal et thérapeutique. Rapporteur : M. Picqué (de Paris).



Avant de lever la séance, M. Deny remercie les rapporteurs et tous les membres du Congrès qui, par la part active qu'ils ont prise aux discussions, par les communications aussi nombreuses qu'intéressantes qu'ils ont apportées aux séances, ont contribué à assurer le succès de cette session.

Réceptions et Excursions

Le mardi 1er août, dans l'après-midi, les Congressistes firent le tour du « Vieil Amiens », sous la conduite de M. Pierre Dubois qui, avec autant d'entrain que d'érudition, fit défiler devant eux les richesses architecturales de la vieille cité picarde et les principaux souvenirs historiques qui s'y rattachent.

Le soir, dans une réunion brillante, où les dames furent nombreuses et élégantes, le Corps médical d'Amiens, avait donné aux Congressistes un rendez-vous fraternel. Une allocution vibrante et fleurie du professeur Peugniez, directeur honoraire de l'Ecole de médecine, arrosée d'un très estimable champagne, mit tout le monde en franche gaieté. Hôtes et invités se séparèrent tard, dans l'échange des sympathies nouvelles et des reconnaissances joyeuses.

Le lendemain, après deux laborieuses séances à l'Hôtel de Ville, les Congressistes se retrouvaient autour de leur aimable guide de la veille, qui leur fit explorer les merveilles de la Cathédrale d'Amiens : ce fut pour tous les amateurs d'art un véritable régal. Le professeur Régis exprima à M. Pierre Dubois les remerciements reconnaissants de tous pour les jouissances qu'il venait de leur procurer avec tant de bonne grâce.

Excursion à Coucy, St-Gobain et Prémontré

La journée du jeudi 3 août fut tout entière prise par un petit voyage circulaire dans le département de l'Aisne.

Partis dès le matin d'Amiens par chemin de fer, les Congressistes visitèrent en premier lieu les colossales ruines du château de Coucy, qui passe pour l'une des trois expressions les plus pures et les plus grandioses de l'architecture des XIIe et XIIIe siècles, les deux autres étant la Cathédrale d'Amiens et les Halles d'Ypres.

Après cette visite, les Congressistes se réunirent en un déjeuner champêtre et hâtif... pas si hâtif cependant que M. Ladame, avec la bonne humeur et l'à-propos qui le distinguent, n'ait eu le temps de prononcer le toast suivant :

MESDAMES, MESSIEURS,

On raconte qu'Enguerrand de Coucy, attaqué par un fauve dans ces forêts profondes et voyant venir la mort, se serait écrié : « Ah ! mon Dieu, tu me l'as de *prés montré* ! » Les Picards ont toujours, paraît-il, cultivé le trait d'esprit. Mais ils ont une réputation plus solide que nous révèle l'histoire du Château de Coucy...

Vous nous avez comblés, mon cher Secrétaire général. Le programme de nos excursions est vraiment merveilleux. La visite à ces ruines célèbres nous transporte aux temps héroïques où nos vaillants ancêtres luttaient pour la liberté !

Nous avons appris qu'aux XIIe et XIIIe siècles, les villes de Picardie formaient de véritables républiques, comme les cantons primitifs de la Suisse. Les habitants d'Amiens s'étaient constitués en association communale. La population tout entière prit les armes contre Enguerrand de Coucy, premier du nom ; les femmes elles-mêmes, dit-on, combattaient à l'avant-garde.

Cependant, ce fut en Suisse que vint se briser, en 1375, la puissance formidable des orgueilleux sires de Coucy. Euguerrand VII avait épousé la fille du duc Léopold d'Autriche, battu par les Suisses à Morgarten. Le *Chastelain de Coucy*, à la tête de 3.000 Anglais mercenaires, après avoir ravagé la malheureuse Alsace, s'abattit sur l'Argovie, pour y saisir la dot de sa femme. Les habitants fuyaient épouvan-

tés devant cette horde de brigands pillards, qui dévastait les campagnes et mettait tout à feu et à sang. Enguerrand avait établi son quartier général dans le couvent de Saint-Urbain, dont on a fait de nos jours l'asile des aliénés du canton de Lucerne. L'invasion des *Gongler*, c'est à-dire des casques à pointe, est restée légendaire dans les contrées, où l'on montre encore la *Colline des Anglais*, le lieu où furent enterrés les morts. Les Gongler revenaient à Saint-Urbain, chargés du butin de leurs pillages, lorsqu'ils furent surpris et mis complètement en déroute, après un sanglant combat, par une petite troupe de 600 hommes déterminés de l'Entlibach et des Woldstaehtten, qui s'étaient embusqués dans le bois de Buttiskolz, où ils avaient coupé des massues, les fameux *morgenstern* des anciens confédérés.

Voilà les souvenirs communs des Picards et des Suisses, qu'évoquent les ruines de Coucy. Nos ancêtres ont combattu, chacun de leur côté, pour l'émancipation du peuple contre l'oppression féodale. Ils ont fondé l'ère moderne de la démocratie. N'oublions pas ces leçons du passé. Fortifions et resserrons les liens séculaires qui nous unissent.

L'an dernier, lors de sa visite à Berne, le Président Fallières, qui représente si dignement la France républicaine, après avoir rappelé les progrès des relations économiques et commerciales qui se sont accentuées depuis quelques années entre nos deux pays, disait dans son toast au Bernerhof : « Puisse l'échange devenir encore plus complet entre nos produits, nos idées et nos aspirations ; c'est le vœu le plus cher de la France et je me réjouis que ma présence au milieu de vous me permette de vous en offrir une amicale expression.... ».

Ces nobles paroles ont été entendues par le peuple suisse. Parmi ces échanges d'idées, nous comptons aussi ceux qui se font dans nos Congrès pour le plus grand bien de nos malades.

Je lève mon verre à la science psychiâtrique française, à ses valeureux pionniers, au libre échange intellectuel qu'ils n'ont cessé de proclamer.

Le Secrétaire général du Congrès remercie tous les médecins étrangers qui ont fait à leurs confrères français l'honneur et le plaisir de prendre part à leurs travaux et à leurs excursions, et tout spécialement les neurologistes et les psychiâtres suisses, qui sont toujours fidèles à nos réunions. Il exprime à M. Ladame son affectueuse estime et il boit à l'union toujours plus intime des deux Républiques, sœurs et voisines.



Après déjeuner, les Congressistes gagnèrent en chemin de fer Anizy, d'où des voitures spéciales mises à leur disposition par la Compagnie des tramways électriques, les transportèrent à Prémontré. L'ancienne abbaye des Prémontrés, transformée en asile départemental pour les maladies mentales, présente un ensemble de constructions du XVIIIe siècle d'un imposant effet, dans un site admirable. Le Directeur et les Membres de la Commission de surveillance de l'asile en firent les honneurs avec une grande affabilité. Après une rapide visite des services hospitaliers, les excursionnistes furent réunis devant des tables abondamment pourvues de rafraichissements. M. Pilleyre, qui dirige l'asile de Prémontré depuis vingt ans avec une conscience et une compétence parfaites, exprime tout le plaisir qu'il éprouve à voir réunis dans cette vieille maison, les représentants les plus autorisés de la science neuro-psychiâtrique, et il boit à leur santé.

M. Deny remercie le Directeur et les Membres de la Commission de surveillance de l'accueil empressé qui a été fait aux Congressistes, et dit l'admiration de tous autant pour la bonne organisation des services que pour le cadre merveilleux qui les entoure.

On reprend place ensuite dans le train électrique qui attend, et après avoir traversé les verdoyantes et profondes futaies de la forêt de Saint-Gobain, on s'arrête à la porte des glaceries célèbres, dont le Directeur fait les honneurs avec une complaisance charmante.

Après cette troisième et dernière étape, les Congressistes regagnèrent Amiens, où ils arrivèrent pour dîner.

Visite de l'Asile de Dury

L'après-midi du vendredi 4 août eut lieu la visite de l'asile de Dury, où se tinrent la dernière séance de communications et l'Assemblée générale du Congrès.

M. Charon, directeur de l'asile, fit aux Congressistes réunis dans la salle des conférences, un historique des transformations réalisées pendant ces dernières années. Après cet exposé, illustré de photographies, de plans et de projections, on parcourut, sous la conduite du Directeur et des Médecins-adjoints, différentes parties de l'établissement, asile, pen sionnat, hôpital et quartier médico-pédagogique.

Un lunch fut servi dans les salons du Pensionnat des dames, au cours duquel M. Rameau, président du Conseil général de la Somme, et président de la Commission de surveillance de l'asile, prit la parole. Il exprima, dans les termes les plus aimables, combien l'Administration appréciait la visite que les aliénistes français et étrangers avaient bien voulu faire à l'asile de Dury et combien lui-même était flatté de voir la bonne impression que l'organisation des services avait produite aux visiteurs. Il ajouta que la Commission administrative n'avait jamais marchandé son concours à l'œuvre d'amélioration constante de l'établissement, avec l'assurance que le Directeur saurait employer les fonds mis à sa disposition au mieux des intérêts du Département de la Somme, et pour le plus grand bien de ses pensionnaires.

Répondant à M. le Président du Conseil général, M. Deny remercia l'Administration et le Corps médical de l'hospitalité que le Congrès avait reçue dans l'asile départemental de la Somme, et des efforts éclairés qui avaient été dépensés

de part et d'autre pour faire de cet établissement l'un des meilleurs de ce temps.

La journée se termina par une réception offerte par le Président et les Membres du Congrès au Corps médical et aux autorités locales. M. Deny, au nom des collègues dont il avait présidé les travaux, tint encore une fois à exprimer aux confrères et aux représentants des pouvoirs publics, la reconnaissance de tous pour les attentions délicates dont ils avaient été l'objet et dont ils emporteraient le meilleur souvenir.

Dans une charmante et substantielle allocution, M. Borromée, secrétaire général de la Préfecture, au nom de M. le Préfet empêché, apprécie l'intérêt social qui s'attache plus que jamais, à l'heure actuelle, aux questions d'assistance et de traitement des maladies mentales ; il ne doute pas que le Congrès d'Amiens, par le nombre et la qualité de ses travaux, n'ait fait faire un grand pas vers la solution de ces graves questions, et il assure tous les aliénistes, qui se dévouent au soulagement d'une des plus grandes misères humaines, de toute la sollicitude reconnaissante des pouvoirs publics.

La réception, à laquelle s'étaient rendus le plus grand nombre des Médecins d'Amiens, fut des plus cordiales ; les dames y ajoutèrent, comme à la précédente, la grâce et la gaieté, et la soirée s'acheva.... dans un tour de valse !



Excursion à Paris-Plage, Boulogne et Londres



Le samedi 5 août au matin, les Congressistes qui avaient adhéré à l'excursion finale, partaient d'Amiens sous la conduite du Secrétaire général et d'un délégué de l'agence des « Voyages pratiques », qui avait préparé cette excursion.

On déjeuna et on passa l'après-midi à Paris-Plage, que

l'on quitta pour aller dîner à Boulogne, où la soirée se termina au Casino.

Le dimanche 6 août, la matinée fut consacrée à la visite de la ville et du port ; le déjeuner eut lieu à la nouvelle et séduisante plage de Wimereux. A la fin de ce déjeuner, qui devait être le dernier repas pris en commun par les Congressistes sur la terre française, le Secrétaire général fit ses adieux à ceux qui, empêchés d'aller plus loin, allaient reprendre la route du Midi, il assura de sa gratitude les amis de la première et de la dernière heure qui, par leur bienveillante indulgence, lui avaient facilité l'exercice de son éphémère fonction, et il adressa un souvenir ému aux habitués du Congrès que la mort avait pris depuis la dernière session, et tout spécialement au regretté Doutrebente qui, seul, valait une armée dans nos réunions, et dont la perte était aujourd'hui si vivement ressentie. M. Régis, en quelques mots affectueux, remercia le Secrétaire général, exprima le regret qu'il éprouvait de ne pouvoir accompagner jusqu'au bout cette excursion et souhaita bonne chance à ceux qui allaient porter en Angleterre le dernier écho du Congrès.

A 4 heures, les excursionnistes furent reçus à l'Hôtel de Ville par la Municipalité entourée de notabilités médicales et administratives. M. Perron, maire, et M. le Dr Aigre, ancien maire de Boulogne, leur adressèrent un salut de cordiale bienvenue, auquel M. Régis répondit au nom de tous en célébrant le charme accueillant de la patrie de Duchenne, ce grand ancêtre de la neuropathologie moderne.

Le lendemain à midi, les excursionnistes s'embarquaient pour Folkestone et arrivaient à Londres à 3 h. 1/2. Un guide interprète de l'agence des « Voyages pratiques » les attendait à la gare avec des cars pour les conduire à l'hôtel. Après un court repos, on fit en voiture une promenade d'orientation dans les quartiers centraux de la ville.

Le mardi fut tout entier consacré à la visite des principaux monuments de Londres : Parlement, Westminster, Trafalgar Square, National Galery, British Museum, etc..., visite

très intelligemment conduite par les guides de l'agence ; la soirée se passa au spectacle très apprécié de l'Alhambra.

Visite de l'Asile de Claybury

Partis de Londres le mercredi matin pour Woodford-Bridge, les excursionnistes trouvaient à la gare des voitures gracieusement mises à leur disposition et qui les transportaient à l'asile de Claybury, l'un des dix grands établissements où sont hospitalisés les 25.000 aliénés du Comté de Londres. Ils y furent reçus avec une extrême courtoisie par sir Mc. Dongall, président du Comité des asiles du Comté de Londres, Mr. Chapman, président du Sous-Comité de l'asile de Claybury, les docteurs Robert Jones, superintendant, et F.-W. Mott, directeur des laboratoires de l'Asile de Claybury, entourés de leurs collaborateurs.

La visite commença par les spacieux laboratoires qui sont annexés à l'établissement, dont le très distingué « pathologist » Dr Mott a su faire un foyer de recherches scientifiques des plus actifs et dont il fit les honneurs avec son aimable assistant le Dr Candler, pendant que les autres assistants faisaient faire aux dames le tour des vastes jardins et des vertes pelouses de l'asile. Le Dr Mott montra ses ingénieux procédés de préparation avec de très belles coupes de tissus nerveux, provenant d'idiots amaurotiques ; il expliqua, à l'aide de très clairs tableaux synoptiques, ses très intéressantes recherches sur l'hérédité psychopathique et, par une attention délicate, il fit fixer le souvenir de la visite des aliénistes français sur une photographie, dont un exemplaire fut plus tard envoyé gracieusement à chacun d'eux.

Après cette instructive et agréable séance, un copieux déjeuner, arrosé de vins français, fut servi dans la grande et majestueuse salle des fêtes. Grâce à la chaleur communicative et au zèle des interprètes, les échanges d'idées et d'impressions purent se donner libre cours. A la fin du repas, Mr. Chapman prononça un *toast* très cordial. Après avoir porté la santé du Président de la République française,

il exprima tout le plaisir que le personnel administratif et médical de l'asile de Claybury ressentait de la visite des aliénistes français ; il les convia à voir tous les services en connaisseurs éclairés, et à dire leurs impressions franchement, aussi bien pour critiquer que pour louer, car, précisa-t-il, c'était la condition nécessaire pour que les échanges de vues et d'idées fussent profitables à tous ; il salua les dames qui avaient bien voulu venir égayer cette réunion et il leur offrit galamment les jolies fleurs qui ornaient la table, en souhaitant que toutes et tous emportent un bon souvenir de leur excursion, et il termina en buvant à la santé des aliénistes français et de leurs familles.

Le Secrétaire général du Congrès répondit par l'allocution suivante :

Mesdames,
Mes chers Collègues,

Je vous invite à lever vos verres en l'honneur de Sa Majesté Georges V et de Sa gracieuse Majesté la Reine, et à la prospérité de l'Angleterre, qui nous offre depuis quelques jours une si agréable hospitalité.

Monsieur le Président,
Monsieur le Superintendant,
Monsieur le Directeur,

Je regrette vivement que les éminents collègues qui devaient nous accompagner dans notre excursion en aient été empêchés au dernier moment et qu'une voix plus autorisée que la mienne ne puisse répondre aujourd'hui aux paroles si amicales qui viennent de nous être adressées. Mais c'est pour moi un grand plaisir et beaucoup d'honneur d'être appelé à vous dire combien nous sommes heureux de nous trouver aux côtés d'administrateurs et de médecins éminents de ce grand pays, auquel nous attachent de vieilles traditions d'estime et d'admiration et qui, à l'heure actuelle, nous est particulièrement cher.

Ce matin nous avons pu voir, en parcourant les belles

installations de ce vaste établissement, en écoutant vos explications et vos discussions substantielles, toute la place que tiennent dans vos préoccupations les questions d'assistance et de traitement des maladies mentales et quand M. le Président nous a invités à vous dire, sans restrictions, nos impressions, nous savions que nous n'aurions qu'à admirer. La seconde partie de cette visite professionnelle ne fera que confirmer nos premières impressions.

Au nom de tous mes collègues, je vous remercie, Messieurs, de l'accueil si amical et si confraternel que vous nous avez ménagé dans cette maison. Nous emporterons de notre séjour parmi vous, le souvenir le plus agréable, des enseignements profitables et le plus vif désir de renouveler les relations que nous avons si heureusement ouvertes aujourd'hui. Messieurs, je lève mon verre à l'entente de plus en plus cordiale de l'Angleterre et de la France, sur le terrain de la neuropsychiâtrie, comme sur les autres.

Après ces toasts, les messieurs fumèrent d'excellents cigares, tandis que les dames allaient présenter leurs compliments à Mme Jones qui les reçut de la façon la plus charmante.

Le Dr Jones conduisit ensuite les congressistes dans les sections de malades et dans les services généraux dont le confort simple et pratique fut vivement admiré. Ce qui frappa le plus les médecins d'asiles français fut l'excellente tenue du personnel des infirmières, des nurses. Mme la Surveillante en chef suppléa, par une complaisance inlassable à notre ignorance de la langue anglaise et donna à tous les explications les plus intéressantes sur l'organisation de ce personnel.

La visite terminée, le Dr Jones réunit ses confrères dans une salle de conférences et leur présenta quelques-uns des cas cliniques les plus intéressants de son service en leur demandant leur opinion, diagnostic et pronostic, sur chacun de ces cas. Séance de grand intérêt, qui permit aux congressistes d'apprécier la haute culture de l'éminent aliéniste anglais, et l'activité de ses collaborateurs, en même temps

que de constater que dans sa doctrine et dans sa méthode la psychiâtrie anglaise marchait à l'unisson de la psychiâtrie française.

Avant de quitter l'asile de Claybury, les congressistes assemblés dans la salle des Commissions, reçurent de Sir. Mc. Dongall et de Mr. Chapman des explications très originales sur quelques points d'administration hospitalière, en particulier sur l'évaluation du prix de journée des malades dans les différents asiles du Comté ; ils acceptèrent des rafraîchissements qui leur firent oublier que cette journée avait été la plus chaude de l'année ; ils apposèrent leur signature sur le registre des visiteurs et, après des adieux ponctués de vigoureux *shake-hands*, ils regagnèrent la gare de Woodford-Bridge par le chemin des écoliers, c'est-à-dire par la forêt d'Epping, dont ils purent goûter le charme reposant, sous la conduite du Dr Mott, qui les accompagna jusqu'à Londres et qui, organisateur empressé de cette réunion, reçut leurs derniers et leurs meilleurs remerciements. Une flânerie dans Piccadilly clôtura cette belle journée.

Le lendemain jeudi 10 août, ce fut le retour. Avant le départ, tous les congressistes, qui avaient vécu ces quelques jours dans une intimité sans nuages comme le ciel, se réunirent dans un salon de leur hôtel pour offrir à Mme Charon un charmant souvenir accompagné des compliments les plus flatteurs et, comme à regret, l'on reprit le chemin de fer pour Folkestone, puis la mer qui fut belle et clémente comme à l'aller, puis encore le chemin de fer pour Amiens et Paris.

Le Congrès de 1911 était définitivement clos.



TABLE DES MATIÈRES



PRÉLIMINAIRES.

DISCUSSIONS.

Séance du Mardi 1er Août (soir).

Séance du Mercredi 2 Août (soir).

Séance du Vendredi 4 Août (matin).

COMMUNICATIONS.

PSYCHIATRIE.

COMMUNICATIONS DIVERSES.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — RÉCEPTIONS & EXCURSIONS.

1824 G. — AMIENS. IMPRIMERIE DU PROGRÈS DE LA SOMME.